

Aus dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg

bei Prof. Dr. med. Gerd Richter
Leiter der Ethikkommission

**Die ethische Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik
aus der Perspektive der Prinzipienethik
(Tom L. Beauchamp/James F. Childress)
und der feministischen Ethik (Susan Sherwin)**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt

von
Daniela Reitz
aus Frankfurt am Main

Marburg 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

am: 27.09.2007

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. med. B. Maisch

Referent: Prof. Dr. med. G. Richter

Korreferent: Prof. Dr. med. G. Aumüller

<u>1</u>	<u>EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>PERSPEKTIVEN BIOMEDIZINETHISCHER THEORIEBILDUNG</u>	<u>11</u>
2.1	DER PRINZIPIENETHISCHE ANSATZ VON TOM L. BEAUCHAMP UND JAMES F. CHILDRESS	11
2.1.1	EINORDNUNG IN DEN KONTEXT ETHISCHER THEORIEBILDUNG	11
2.1.2	ETHISCHE GRUNDLEGUNG DES ANSATZES VON BEAUCHAMP UND CHILDRESS	18
2.1.3	DAS PRINZIP DES RESPEKTS VOR AUTONOMIE	28
2.1.4	DAS PRINZIP DES NICHTSCHADENS	35
2.1.5	DAS PRINZIP DES WOHLTUNS	39
2.1.6	DAS PRINZIP DER GERECHTIGKEIT	43
2.1.7	WÜRDIGUNG UND KRITIK	46
2.2	DER FEMINISTISCHE ANSATZ VON SUSAN SHERWIN	59
2.2.1	EINORDNUNG IN DEN KONTEXT ETHISCHER THEORIEBILDUNG	59
2.2.2	ETHISCHE GRUNDLEGUNG DES ANSATZES VON SHERWIN	67
2.2.2.1	Unterdrückung als grundlegende Kategorie	68
2.2.2.2	Die Spannung zwischen dem Absolutheitsanspruch ethischer Prinzipien und einem kontextuellen Zugang zu ethischer Reflexion	72
2.2.3	DAS RELATIONALE KONZEPT DER AUTONOMIE	79
2.2.4	DAS KRITERIUM DER SOZIALEN GERECHTIGKEIT	84
2.2.5	WÜRDIGUNG UND KRITIK	86
2.3	DIE ETHISCHEN THEORIEN VON BEAUCHAMP/CHILDRESS UND SHERWIN IM VERGLEICH	95
<u>3</u>	<u>IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK</u>	<u>102</u>
3.1	MEDIZINISCHE UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN DER PRÄIMPLANTATIONS- DIAGNOSTIK	102
3.1.1	MEDIZINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN DER PRÄIMPLANTATIONS- DIAGNOSTIK	103
3.1.2	RECHTLICHE SITUATION IN DEUTSCHLAND	110

3.2	PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK AUS DER PERSPEKTIVE DER PRINZIPIEN-ETHIK VON BEAUCHAMP UND CHILDRESS	113
3.2.1	DIE SPEZIFIZIERUNG DER PRINZIPIEN IN BEZUG AUF DIE PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK	114
3.2.1.1	Das Prinzip des Respekts vor Autonomie	115
3.2.1.2	Das Prinzip des Nichtschadens	120
3.2.1.3	Das Prinzip des Wohltuns	128
3.2.1.4	Das Prinzip der Gerechtigkeit	136
3.2.2	ABWÄGUNG DER VIER PRINZIPIEN	141
3.2.3	PRAXISBEZOGENE DISKUSSION DES ETHISCHEN ANSATZES	149
3.3	DIE PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK AUS DER PERSPEKTIVE DER FEMINISTISCHEN ETHIK VON SHERWIN	157
3.3.1	DIE STRUKTURBEZOGENE KONTEXTUELLE ANALYSE DER PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK	158
3.3.1.1	Konsequenzen der Präimplantationsdiagnostik für den Lebenskontext von Frauen	159
3.3.1.2	Konsequenzen der Präimplantationsdiagnostik für den Lebenskontext von Menschen mit Behinderungen	166
3.3.1.3	Auswirkungen der Präimplantationsdiagnostik auf Strukturen von Dominanz und Unterdrückung	172
3.3.2	DIE KONTEXTUELLE ANALYSE DER PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK UNTER DEM ASPEKT DER FÜRSORGE FÜR DIE BETROFFENEN	173
3.3.2.1	Die individuelle kontextuelle Analyse im Hinblick auf potentielle Nutzerinnen der Präimplantationsdiagnostik	174
3.3.2.2	Die individuelle kontextuelle Analyse im Hinblick auf die Embryonen	178
3.3.3	PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN DER PERSPEKTIVE SOZIALER GERECHTIGKEIT UND DER FÜRSORGE FÜR INDIVIDUELL BETROFFENE FRAUEN	181
3.3.4	PRAXISBEZOGENE DISKUSSION DES ETHISCHEN ANSATZES	189
4	<u>ERGEBNIS</u>	194
4.1	INHALT UND BEGRÜNDUNG ETHISCHER NORMEN	194
4.2	LÖSUNGSORIENTIERUNG DER ETHISCHEN ANSÄTZE VON BEAUCHAMP/CHILDRESS UND SHERWIN IM HINBLICK AUF DIE PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK	196
4.3	KONTEXTSENSITIVITÄT	204
5	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	209

1 Einleitung

Durch die Entwicklung neuer technischer Möglichkeiten im Bereich der Medizin haben sich die Behandlungsoptionen aber auch die ethischen Entscheidungskonflikte vervielfacht. Dieses wird besonders an den Grenzen des Lebens evident. Neuere und immer feinere serologische, ultrasonographische und genetische pränataldiagnostische Möglichkeiten führen zu einer immer frühzeitigeren Erkennung von Fehlbildungen und genetisch bedingten Erkrankungen der Feten bzw. Embryonen. Mit der Präimplantationsdiagnostik wäre sogar eine Diagnostik monogen bedingter Behinderungen und chronischer Erkrankungen vor der Implantation der Embryonen in die Gebärmutter möglich. In meinem klinischen Alltag als Gynäkologin bin ich gemeinsam mit den betroffenen Eltern an der Erarbeitung von Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten der Feten, Fortführung und gegebenenfalls auch Beendigung von Schwangerschaften beteiligt. Diese Entscheidungen werden sowohl von den betroffenen Paaren als auch von der ärztlichen Seite als hochgradig konfliktbeladen empfunden. Während in vielen klinischen Alltagssituationen Behandlungsentscheidungen intuitiv aufgrund erprobter Verhaltensnormen gefällt werden, werden für die Lösung der moralischen Entscheidungskonflikte im Bereich der Pränataldiagnostik analytische und argumentative Instrumentarien benötigt, die über den Bereich der Alltagsmoral hinausgehen.

Die biomedizinische Ethik als wissenschaftliche Disziplin will mit Hilfe ihrer ethischen Theoriebildung Instrumentarien bereitstellen, die zum Verständnis und zur Lösung solcher moralischer Entscheidungskonflikte in der Medizin beitragen. Die Erfassung moralisch strittiger Punkte und die systematische Reflexion moralischer Überzeugungen, Argumente und praktischer Urteile ist die Aufgabe biomedizinischer Ethik.¹ Die so gewonnenen ethischen Theorien sollen als Orientierungsstrukturen in moralischen Konflikten dienen. In meiner Arbeit möchte ich unterschiedliche Möglichkeiten aufzeigen, wie biomedizinethische Theoriebildung gestaltet werden kann. Ich werde hierzu zwei aktuelle biomedizinethische Theorien vergleichend darstellen (2), die ethischen Ansätze von TOM L. BEAUCHAMP und JAMES F. CHILDRESS und von SUSAN SHERWIN. Anhand eines aktuellen praktisch-ethischen Problems aus dem Bereich der Reproduktionsmedizin, der Präimplantationsdiagnostik, werde ich überprüfen, auf

¹ Vgl. DÜWELL/STEIGLEDER 2003, 17-23.

welche Art und Weise unterschiedliche ethische Begründungsstrukturen die Wahrnehmung und Orientierung in ethischen Konflikten beeinflussen und welchen Beitrag die beiden ethischen Ansätze von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN zur Lösung des Konfliktes um die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland leisten können (3).

Innerhalb der gegenwärtigen biomedizinischen Ethik gibt es unterschiedliche theoretische Ansätze, die jeweils unterschiedliche Argumentations- und Begründungsstrukturen verfolgen. Sie stehen in einer Tradition starker Veränderungen der biomedizinischen Ethik, die seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA (und zeitversetzt in anderen Ländern) in Bezug auf thematischen Fokus, methodischen Zugang und inhaltliche Bestimmung von Normen stattgefunden haben.² Über viele Jahrhunderte hinweg wurde medizinische Ethik vor allen Dingen als berufsständisches Ethos verstanden, als interner Verhaltenskodex der Ärzteschaft gegenüber ihren Patientinnen und Patienten. Die Ursprünge der Medizinethik reichen bis in die Antike zurück. Die ersten schriftlichen Verhaltensregeln für Ärzte finden sich bereits im Codex Hammurabi, der ungefähr 1750 v. Chr. in Babylon verfasst wurde.³ Der in der westlichen Tradition wohl bekannteste medizinethische Kodex der Antike ist der Eid des Hippokrates. Er wurde im 5. Jh. v. Chr. verfasst. Der Eid des Hippokrates regelt sowohl das Verhalten der Ärzte untereinander als auch gegenüber ihren Patientinnen und Patienten und legt letzterem die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens zugrunde.⁴

„...Die diätetischen Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, Schädigung und Unrecht aber von ihnen abwehren....

In wie vielen Häusern ich auch einkehre, eintreten werde ich zum Nutzen der Leidenden, mich fernhaltend von allem vorsätzlichen Unrecht sowie jeder sonstigen Unzüchtigkeit...“⁵

Die Verpflichtung, nur zum Nutzen der Leidenden zu handeln und Schaden und Unrecht von ihnen abzuwenden, ist im hippokratischen Eid zentral und diente dem

² Vgl. DÜWELL/STEIGLEDER 2003, 22.

³ Beim Codex Hammurabi handelt es sich um eine Sammlung von Gesetzestexten, die im Vergleich mit anderen Gesetzessammlungen dieser Zeit erstaunlich systematisch aufgebaut sind. Ziel dieses Kodex war eine Vereinheitlichung der Rechtsprechung im babylonischen Reich und ein Schutz der individuellen Rechte und Freiheiten der Bürger (vgl. GÖRG 1995, 22f.; KUHSE/SINGER 1998, 4).

⁴ Vgl. KUHSE/SINGER 1998, 4f.

⁵ LICHTENTHAELER 1984, 18-21.

Schutz der Patientinnen und Patienten.⁶ Die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge wurden in den medizinethischen Überlegungen des Mittelalters und bis in das 20. Jh. hinein rezipiert.⁷

Die Veränderungen innerhalb der biomedizinischen Ethik seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden durch außergewöhnliche technologische Fortschritte im Bereich der Medizin und durch gesellschaftliche Umbrüche angestoßen.⁸ Künstliche Beatmungsmaschinen und Dialysegeräte wurden erstmals eingesetzt, die ersten Organtransplantationen wurden vorgenommen, hormonelle Kontrazeptiva und pränatale Diagnostik wurden eingeführt und medizinisch sichere Abtreibungstechniken bereitgestellt, so dass Frauen bzw. Paare neue Möglichkeiten der Kontrolle über Zeitpunkt und Verlauf einer Schwangerschaft erhielten. Mit den wachsenden Möglichkeiten stieg auch die Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen, die so vorher gar nicht denkbar gewesen waren, z.B. die Entscheidung für oder gegen die Austragung eines behinderten Kindes.

Sowohl die Bürgerrechtsbewegung als auch der neuaufkommende Feminismus in den Vereinigten Staaten führten zu einem stärkeren Bewusstsein gegenüber Unterdrückungsstrukturen und zu einer verschärften Kritik an bestehenden Machtverhältnissen. Besonderes Aufsehen erregte in den USA das „*Tuskegee Syphilis Experiment*“, in dem von den dreißiger bis in die siebziger Jahre (20. Jh.) hinein mehreren hundert syphiliserkrankten Afroamerikanern ohne vorherige Aufklärung eine adäquate medikamentöse Therapie vorenthalten wurde, um die natürliche Ausbreitung der Krankheit zu studieren. Daraufhin wurden in den USA von einer nationalen Expertenkommission, der *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, Richtlinien zur Durchführung medizinischer Forschung am Menschen erarbeitet.⁹ In der öffentlichen Diskussion wurde die Benachteiligung von Schwarzen und Frauen in der Gesundheitsversorgung ebenso kritisiert wie die mangelnde Berücksichtigung ihrer spezifischen Probleme und Bedürfnisse in der medizinischen Forschung. Die bis dahin relativ unangefochtene Entscheidungsautorität der Ärztinnen

⁶ Vgl. VON MANZ 1992, 77ff.

⁷ Andere Verhaltensregeln des hippokratischen Eides, die z.B. das Verhalten der Schüler gegenüber ihren ärztlichen Lehrern thematisieren, wurden seltener rezipiert.

⁸ Vgl. CALLAHAN 1995, 248; KUHSE/SINGER 1998, 8; TEN HAVE 1994, 101; RAUPRICH 2005a, 12.

⁹ Der abschließende Bericht wurde 1978 als *Belmont Report* veröffentlicht.

und Ärzte wurde zunehmend öffentlich thematisiert und hinterfragt.¹⁰ Inhaltlich rückten neben den Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge besonders die Prinzipien des Respekts vor Autonomie und der Gerechtigkeit in das Zentrum der medizinethischen Diskussion.

Das verstärkte Interesse an medizinethischen Fragestellungen führte zur Neuformierung der Disziplin, die nun als biomedizinische Ethik oder Gesundheitsethik bezeichnet wird. Der thematische Fokus wurde um Aspekte des Gesundheitssystems und des medizinischen Fortschritts erweitert.¹¹ Die methodische Herangehensweise an die sich stellenden praktischen biomedizinethischen Konflikte bestand zunächst darin, bereits vorhandene allgemeine Moraltheorien wie den Utilitarismus oder den Kantianismus auf konkrete Fälle und Fragestellungen im Bereich der Medizin „anzuwenden“. Anhand der von Fachleuten aus der Praxis gelieferten Fakten sollten mit Hilfe der jeweiligen Moraltheorie die normativen Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen bestimmt werden. Durch diese Methodik wurde der Begriff der angewandten Ethik geprägt, als deren Teilgebiet die biomedizinische Ethik verstanden wurde.¹² Aufgrund verschiedener Schwierigkeiten dieser Methodik wurde das Verständnis der biomedizinischen Ethik als angewandte Ethik jedoch zunehmend wieder verlassen. Da es verschiedene allgemeine Moraltheorien gibt, musste für den konkreten Fall festgelegt werden, welche anzuwenden sei. Die allgemeinen ethischen Theorien waren in ihren normativen Aussagen so abstrakt, dass in der Anwendung auf praktische Probleme keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden konnten. Zudem führte die Anwendung der allgemeinen Theorien auf konkrete Fälle teilweise zu Ergebnissen, die dem moralischen Empfinden der praktisch Handelnden widersprachen und für sie nicht nachvollziehbar waren.¹³ Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde nach neuen Modellen biomedizinethischer Theoriebildung gesucht.

Biomedizinethische Ansätze in westlichen Gesellschaften müssen heute zwei grundlegende Herausforderungen miteinbeziehen: die Pluralität ethischer Normen und die Praxisorientierung ethischer Theoriebildung. Die wachsende Pluralität von Lebensstilen

¹⁰ Vgl. CALLAHAN 1995, 248; KUHSE/SINGER 1998, 3; SCHÖNE-SEIFERT 1996, 555.559; RAUPRICH 2005a, 12f.

¹¹ Vgl. RAUPRICH 2005a, 13.

¹² Unter Metaethik wird die Beschäftigung mit grundlegenden ethischen Argumentationsstrukturen verstanden, unter angewandter Ethik die Beschäftigung mit konkreten ethischen Konflikten. Andere Beispiele angewandter Ethik wären Wirtschaftsethik, Politische Ethik, Medienethik, Wissenschaftsethik u.a.m. (vgl. NIDA-RÜMELIN 1996).

und Moralauffassungen innerhalb westlicher Gesellschaften erschwert die Bestimmung allgemein anerkannter ethischer Normen.¹⁴ Die komplexen ethischen Probleme, die in der modernen Medizin gerade im Bereich der Reproduktionsmedizin, der Transplantationsmedizin und der Intensivmedizin auftreten, werden kontrovers diskutiert. Ein gesellschaftlicher Konsens ist in diesen ethischen Fragen nur schwer zu erreichen, gesetzliche Regelungen finden in Teilen der Bevölkerung keine Zustimmung. Ärztinnen und Ärzte teilen nicht mehr unbedingt die Wertmaßstäbe ihrer Patientinnen und Patienten. Moralische Normen werden nicht mehr als allgemeingültig und absolut angesehen, sondern als abhängig von ihrem geschichtlichen und sozialen Kontext. Angesichts der Pluralität und Kontextabhängigkeit moralischer Normen stellt sich die Frage, auf welchen Grundlagen moderne biomedizinethische Theoriebildung aufbauen sollte. Können überhaupt allgemeingültige ethische Prinzipien formuliert werden? Können ethische Prinzipien so formuliert werden, dass sie der Pluralität und Kontextabhängigkeit moralischer Normen Rechnung tragen und ihre normative Kraft trotzdem erhalten bleibt? Und welche Prinzipien sind in der biomedizinischen Ethik inhaltlich angemessen und konsensfähig?

Die Suche nach neuen Modellen biomedizinethischer Theoriebildung war vor allen Dingen durch den Wunsch motiviert, Lösungsorientierungen für konkrete moralische Probleme im Gesundheitswesen zu geben. Neue Formen der Verschränkung zwischen ethischer Theoriebildung und praktischer ethischer Urteilsfindung wurden gesucht. Biomedizinethische Theorien sollen dazu beitragen, die relevanten kontextuellen Details eines moralischen Konfliktes wahrzunehmen, zu ordnen und zu bewerten. Sie müssen substantielle Normen und Methoden bereitstellen, mit denen ethisch gerechtfertigte Problemlösungen erarbeitet werden können. Kontextsensitivität und Praxisbezug sind wichtige Zielkriterien einer modernen biomedizinethischen Ethik. Angesichts der komplexen ethischen Probleme in der modernen Medizin ist eine zunehmende interdisziplinäre Zusammenarbeit in der biomedizinischen Ethik notwendig. Die Perspektive der Pflegewissenschaften, der Philosophie, der Theologie, der Rechtswissenschaften, der Naturwissenschaften, der Sozialwissenschaften und der Politik muss neben der Perspektive von Ärztinnen und Ärzten berücksichtigt werden.¹⁵ Praktische biomedizinethische Urteile stellen immer eine Synthese aus Sacheinschätzungen und moral-

¹³ Vgl. RAUPRICH 2005a, 14f. Ebenso BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN (siehe 2.1.2 und 2.2.1).

¹⁴ Vgl. SCHÖNE-SEIFERT 1996, 555.

philosophischen Überlegungen dar und sind deshalb am angemessensten in einem interdisziplinären Austausch zu fällen.¹⁶

Ich werde im ersten Hauptteil meiner Arbeit (2) zwei aktuelle Modelle biomedizinischer Theoriebildung darstellen, die versuchen, die Pluralität und historische und soziale Kontextabhängigkeit ethischer Normen in ihrer ethischen Theoriebildung aufzugreifen. In beiden Ansätzen werden Methodenschritte entwickelt, die eine flexible und kontextsensible Auslegung der Prinzipien und Normen ermöglichen sollen.

Als erstes werde ich den ethischen Ansatz von TOM L. BEAUCHAMP, Professor für Philosophie am Kennedy Institute of Ethics/USA, und JAMES F. CHILDRESS, Professor für Religionswissenschaft an der University of Virginia/USA, darstellen (2.1). Die beiden veröffentlichten ihre ethische Theorie erstmalig 1979 in den „*Principles of Biomedical Ethics*“. Seitdem haben sie ihren ethischen Ansatz kontinuierlich weiterentwickelt und verändert. Die „*Principles of Biomedical Ethics*“ erlangten schnell einen hohen Bekanntheitsgrad und zählen heute international zu den einflussreichsten Werken der biomedizinethischen Theoriebildung und Literatur.¹⁷ Mit ihrem Ansatz begründeten BEAUCHAMP und CHILDRESS eine neue Theorierichtung innerhalb der biomedizinischen Ethik, die Prinzipienethik (*principlism*). Die Prinzipienethik basiert auf mehreren gleichwertigen, *prima facie*¹⁸ gültigen Prinzipien mittlerer Reichweite (*midlevel principles*). Die Prinzipien werden aus dem allgemeinen Moralempfinden, der *common morality*, entlehnt. Um die Prinzipien konsensfähiger zu machen, wird auf eine Begründung der Prinzipien durch eine ethische Hintergrundtheorie verzichtet. In den USA ist die Prinzipienethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS der aktuell am meisten diskutierte biomedizinethische Ansatz.¹⁹ Gerade von klinisch tätigem Personal werden die Prinzipien als überzeugend und hilfreich in der Beurteilung moralischer Konflikte erlebt. Die verständliche Grundstruktur und der Verzicht auf Letztbegründungen machen den ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS für all diejenigen anwendbar und attraktiv, die sich nicht professionell mit Ethik beschäftigen. Die Pluralität der Prinzi-

¹⁵ Vgl. RAUPRICH 2005a, 13.

¹⁶ Vgl. DÜWELL/STEIGLEDER 2003, 32.

¹⁷ Vgl. SCHRÖDER 2002, 49; RAUPRICH 2005a, 16f.; WIESING 2005, 77.

¹⁸ *Prima facie* geltende Prinzipien oder Rechte besitzen jeweils für sich genommen Gültigkeit. Im Falle konkurrierender und sich widersprechender Prinzipien oder Rechten können sie allerdings ihre Gültigkeit verlieren. Nähere Erläuterungen zum Konzept von *prima facie* Prinzipien und Rechten erfolgen unter 2.1.2.

¹⁹ Vgl. DEGRAZIA 1992, 512; LUSTIG 1992, 487; TEN HAVE 1994, 104f.; DAVIS 1995, 85; GUDORF 1994, 164; CLOUSER/GERT 1997, 147.

prien bietet ein hohes Identifikationspotential für Menschen mit unterschiedlichen Hintergrundüberzeugungen. Trotz aller Beliebtheit in der praktischen Anwendung weist der Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS durch ihren Verzicht auf ethische Hintergrundtheorien Schwächen in der Rechtfertigung praktischer ethischer Urteile auf.²⁰ Die mangelnde Systematisierung ihrer Prinzipien birgt die Gefahr einer stark durch Intuition und Eigeninteressen geleiteten Auslegung durch die Anwendenden.²¹ Im deutschsprachigen Raum wird in der Beurteilung praktischer biomedizinethischer Probleme zunehmend auf die Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS zurückgegriffen.²² Eine systematische Auseinandersetzung mit der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS steht in Deutschland erst am Anfang. Mit meiner Arbeit möchte ich einen Beitrag dazu leisten, die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS mit ihren Chancen und Schwächen zu diskutieren.

Um die Stärken und Schwächen des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS besser aufzeigen zu können, werde ich vergleichend eine zweite aktuelle Form biomedizinethischer Theoriebildung darstellen. Ich habe hierzu die feministische Ethik der Gesundheitsversorgung von SUSAN SHERWIN, Professorin für Philosophie an der Dalhousie University/Kanada, ausgewählt. Der prinzipienethische Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS wird in den USA vor allen Dingen aus der deontologischen²³, kasuistischen²⁴ und feministischer²⁵ Perspektive heraus kritisiert. BEAUCHAMP und CHILDRESS haben in der Weiterentwicklung ihrer ethischen Theoriebildung Kritikpunkte von deontologischer Seite an der mangelnden Systematisierung ihrer ethischen Theorie und von kasuistischer Seite an deduktiven Argumentationsmodellen aufgenommen. Feministische Kritik an Auswahl und Inhalt der Prinzipien²⁶ und an mangelnder Berücksichtigung gesellschaftlicher Strukturen²⁷, insbesondere der Lebenskontexte von Frauen, haben bislang kaum Eingang in die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS gefunden. In Bezug auf die Analyse und

²⁰ Vgl. WIESING 2005, 82.

²¹ Vgl. RAUPRICH 2005a, 18; CLAUSEN 2005, 381.

²² So berichtet URBAN WIESING, Professor für medizinische Ethik an der Universität in Tübingen, dass sich die medizinethischen Prinzipien von BEAUCHAMP/CHILDRESS auch für deutsche Ärztinnen und Ärzte als hilfreiches Instrument zur Strukturierung von Fallanalysen erwiesen haben (vgl. WIESING 2005, 85f.).

²³ Beispielsweise DANNER CLOUSER und BERNARD GERT.

²⁴ Beispielsweise JOHN ARRAS, STEPHEN TOULMIN und ALBERT JONSEN.

²⁵ Beispielsweise CHRISTINE GUDORF und REBECCA COOK.

²⁶ Vgl. GUDORF 1994, 164.

²⁷ Vgl. COOK 1994, 193ff.

Beurteilung des praktischen ethischen Konfliktfeldes der Präimplantationsdiagnostik ist jedoch gerade die Berücksichtigung einer frauenzentrierten Perspektive interessant. Obwohl es im Bereich der biomedizinischen Ethik mittlerweile eine Fülle von feministischen Beiträgen zu materialetischen Themen gibt, beispielsweise zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches, der Reproduktionstechnologien, zur Forschungsethik und Fragen der Verteilung von Ressourcen und dem Zugang zu Therapiemöglichkeiten, sind umfangreichere Beiträge zur biomedizinethischen Theoriebildung bislang selten. Eine der ersten, die ausgehend von einer feministischen Perspektive eine biomedizinethische Theorie entwickelte, ist SUSAN SHERWIN. 1992 veröffentlichte sie ihre Ethik der Gesundheitsversorgung²⁸ in dem Buch „*No longer patient*“. SHERWINS feministische Gesellschaftsanalyse bildet die Hintergrundtheorie für ihren ethischen Ansatz. Ausgehend von ihrer frauenzentrierten Perspektive entwickelt SHERWIN ihre ethischen Prinzipien und Methoden zur Analyse praktischer moralischer Konflikte. Das Ziel ihrer ethischen Theorie ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit. Ich werde zunächst die Begründungsstrukturen in SHERWINS ethischer Theorie darstellen und anschließend aufzeigen, welche Vorteile und welche Schwierigkeiten die Benennung ihrer ethischen Hintergrundtheorie sowie die Ausrichtung ihrer ethischen Theoriebildung an einer ethischen Perspektive hat (2.2).

Im Anschluss an die Darstellung der ethischen Entwürfe von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN werde ich die theoretischen Begründungsstrukturen der beiden Ansätze vergleichen (2.3). Dabei werde ich insbesondere darauf eingehen, wie die jeweiligen Prinzipien im Spannungsfeld zwischen Relativität und Allgemeingültigkeit ethischer Normen verortet werden. Das Verhältnis zwischen ethischer Theoriebildung und praxisbezogener Analyse wird erörtert. Die Methodenschritte, die in beiden ethischen Theorien zur Wahrnehmung von konkreten moralischen Konflikten und zur Erarbeitung praktischer ethischer Urteile entwickelt wurden, werden verglichen. Dabei werden die möglichen Orientierungsleistungen und Lösungsansätze der ethischen Theoriebildungen von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN in Bezug auf praktische ethische Probleme präzisiert.

Die Suche nach neuen Modellen biomedizinethischer Theoriebildung ist, wie zuvor beschrieben, durch den Wunsch nach Lösungsorientierung für konkrete ethische

²⁸ SHERWIN verwendet bewusst den Begriff „Ethik der Gesundheitsversorgung“ im Gegensatz zu den sonst üblichen Begriffen der Medizinethik oder biomedizinischen Ethik. Zur Begründung ihrer Begriffs-

Entscheidungskonflikte im Gesundheitswesen motiviert. Kontextsensitivität ist als Kriterium für die Bewährung theoretischer Ansätze in der modernen biomedizinischen Ethik etabliert.²⁹ Ich werde deshalb im zweiten Hauptteil meiner Arbeit (3) die Orientierungsleistungen der ethischen Entwürfe von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN im Hinblick auf ein aktuelles biomedizinethisches Konfliktfeld untersuchen. Aufgrund seiner Aktualität und der Nähe zu meinem fachlichen Spezialgebiet habe ich die Präimplantationsdiagnostik (eng.: *preimplantation genetic diagnosis* = PGD) als praktisches ethisches Konfliktfeld gewählt. Unter Präimplantationsdiagnostik wird die genetische Diagnostik an Embryonen *in vitro* vor dem intrauterinen Transfer verstanden.³⁰ Voraussetzung für die Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik ist die Durchführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder der Intrazytoplasmatischen-Spermieninjektion (ICSI). Die PGD stellt eine Schnittfläche der ethischen Konfliktfelder der Reproduktionsmedizin und der prädiktiven genetischen Diagnostik dar. In den meisten europäischen Ländern wird die PGD bereits klinisch durchgeführt,³¹ in Deutschland bislang nicht. Die Diskussion um die Einführung der PGD in Deutschland wurde durch die Nachfrage eines Paares in Lübeck angestoßen, das bereits ein Kind mit Mukoviszidose bekommen hatte.³² In ihrem „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ hat die BUNDESÄRZTEKAMMER im März 2000 die Legalisierung der PGD für Paare mit dem erhöhten Risiko der Vererbung einer schwerwiegenden genetisch bedingten Behinderung oder Erkrankung befürwortet.³³ Sowohl unter Expertinnen und Experten als auch in der Öffentlichkeit wird die Debatte um die Legalisierung der PGD in Deutschland sehr kontrovers geführt. Neben den rechtlichen Bedenken hinsichtlich der Vereinbarkeit der PGD mit dem Embryonenschutzgesetz bestimmen vor allen Dingen ethische Kontroversen über Entscheidungsautonomie, die Schutzwürdigkeit von Embryonen, Risiken und Technikfolgenabschätzungen der PGD die Diskussion. Eine endgültige Entscheidung über Legalisierung oder Verbot der Präimplantationsdiagnostik wurde in Deutschland bislang nicht gefällt.

wahl siehe 2.2.2.

²⁹ Vgl. VIETH 2005, 163f.;

³⁰ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526; HEPP 2000, B1037-1041.

³¹ Lediglich in Portugal, Österreich, der Schweiz und Irland wird die PGD nicht durchgeführt (vgl. SIMON 1999, S63-69; VIVILLE/PERGAMENT 1998, 1376-1379; KRONES/RICHTER 2004, 626).

³² Vgl. LUDWIG/DIEDRICH 1999, S42.

³³ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526.

Ich werde im zweiten Hauptteil meiner Arbeit zunächst einen kurzen Überblick über die Methoden der Präimplantationsdiagnostik und die rechtliche Situation in Deutschland geben (3.1). Anschließend werde ich aus der Perspektive der ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS (3.2) und von SHERWIN (3.3) analysieren, welche kontextuellen Details der PGD mit Hilfe des jeweiligen Ansatzes wahrgenommen und wie diese Details bewertet werden können. Dabei werde ich in meiner Arbeit anhand des eher fallorientierten Ansatzes von BEAUCHAMP/CHILDRESS und des eher strukturorientierten Ansatzes von SHERWIN vor allen Dingen aufzeigen, wie die Wahl des ethischen Ansatzes die Wahrnehmung und Gewichtung kontextueller Details und damit letztendlich auch die Erarbeitung praktischer ethischer Urteile beeinflusst. Obwohl die erarbeiteten Empfehlungen bezüglich der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland sich aus der Perspektive der ethischen Theoriebildungen von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN ähneln, unterscheiden sich die Begründungsstrukturen und die begleitenden Forderungen deutlich.

Abschließend werde ich die ethischen Entwürfe von BEAUCHAMP/CHILDRESS und von SHERWIN in ihrer Kontextsensitivität und praktischen Anwendbarkeit vergleichen und bewerten (4).

2 Perspektiven biomedizinethischer Theoriebildung

2.1 Der prinzipienethische Ansatz von Tom L. Beauchamp und James F. Childress

2.1.1 Einordnung in den Kontext ethischer Theoriebildung

1974 wurde TOM L. BEUACHAMP, Professor für Philosophie am Kennedy Institute of Ethics, zur Mitarbeit in der *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* eingeladen. In der Kommission sollten Richtlinien zum Umgang mit Versuchspersonen im Rahmen biomedizinischer Forschung erarbeitet werden. Die Ergebnisse der Kommission wurden 1978 im *Belmont Report* veröffentlicht.³⁴ Angeregt durch die Diskussionen innerhalb der Kommission entwickelte BEAUCHAMP gemeinsam mit JAMES F. CHILDRESS, mit dem er zu diesem Zeitpunkt am Kennedy Institut zusammenarbeitete, einen biomedizinethischen Ansatz, der auf vier Prinzipien mittlerer Reichweite (*midlevel principles*) basiert: den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit. 1979 veröffentlichten sie ihren Ansatz erstmalig in den „Principles of Biomedical Ethics“.

BEAUCHAMP und CHILDRESS entwickelten ihren biomedizinethischen Ansatz kontinuierlich weiter, so dass 1983 die zweite, 1989 die dritte, 1994 die vierte und 2001 die fünfte überarbeitete Auflage erschien. Die entscheidenden methodischen Veränderungen ihres ethischen Ansatzes nahmen BEAUCHAMP und CHILDRESS bereits in der Überarbeitung zur 4. Auflage vor. So wurde das deduktive Argumentationsmodell zugunsten eines Kohärenzmodelles aufgegeben und *common morality* als Begründungszusammenhang der vier Prinzipien etabliert. Die Bedeutung von Tugenden für die ethische Urteilsbildung wurde eingeführt.³⁵ In der fünften Auflage stellen BEAUCHAMP und CHILDRESS ihren Ansatz noch systematischer dar. Methodisch nehmen sie nur Verfei-

³⁴ Vgl. SCHRÖDER 2002, 49.

³⁵ Vgl. SCHRÖDER 2002, 50-52. Die einzelnen Konzepte des Kohärenzmodells, der *common morality* etc. sollen unter 2.1.2 ausführlich dargestellt werden..

nerungen ihres ethischen Entwurfes vor. Da die gravierenden Veränderungen ihrer ethischen Theoriebildung bereits in der Überarbeitung zur vierten Auflage der *Principles of Biomedical Ethics* erfolgten, soll diese Auflage die Grundlage dieser Arbeit bilden. Ich werde die fünfte Auflage jedoch an den Stellen ergänzend darstellen, an denen Neuerungen aufgetreten sind.

BEAUCHAMP und CHILDRESS beschreiben in ihrem ethischen Ansatz unterschiedliche Richtungen ethischer Theoriebildung. Keine dieser Theorierichtungen stellt für sie eine hinreichende Grundlage zur Lösung der moralischen Konflikte in der modernen Medizin dar, weil keine alle relevanten Kriterien für eine gelungene biomedizinethische Theoriebildung erfüllt.³⁶ BEAUCHAMP und CHILDRESS messen ethische Theorien an folgenden acht Kriterien: 1. Klarheit, 2. Kohärenz, 3. Vollständigkeit (eine ethische Theorie sollte inhaltlich so umfassend wie möglich sein), 4. Einfachheit (eine ethische Theorie sollte mit der geringstmöglichen Anzahl an Prinzipien und Normen auskommen, um ihre Anwendung nicht zu komplizieren), 5. erläuternde Kraft (bezüglich des Wesens ethischer Urteilsfindung), 6. rechtfertigende Kraft (in Bezug auf moralische Überzeugungen und ethische Urteile), 7. produktive Kraft (hinsichtlich der Generierung neuer ethischer Erkenntnisse) und 8. Praktikabilität.³⁷ BEAUCHAMP und CHILDRESS unterscheiden in ihrer Darstellung die verschiedenen ethischen Theorierichtungen hinsichtlich der Zielkriterien der jeweiligen Theorie, beispielsweise den Konsequenzen einer Handlung, den ethischen Pflichten und Rechten, den Charakter der handelnden Personen usw.³⁸ Gemäß dieser Systematisierung unterscheiden sie utilitaristische, kantische, gesinnungsethische, liberale, kommunitaristische und care-ethische Theorien. Ich werde im Folgenden ihre Kritikpunkte an den jeweiligen Theorierichtungen kurz skizzieren.

Utilitaristische Theorien orientieren sich an der Kategorie der Konsequenzen von Handlungen. In der Abwägung von guten und schlechten Konsequenzen soll jeweils die Handlung gewählt werden, die für die größtmögliche Anzahl von Individuen den größtmöglichen Nutzen bringt. Das Prinzip des größtmöglichen Nutzens gilt dabei als absolutes Prinzip. Nutzen wird zumeist als Glück verstanden, kann aber auch Gesundheit, Wissen, ökonomischer Erfolg oder gelingende menschliche Beziehungen meinen.

³⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 109-111; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376f.

³⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 45-47; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 338-340.

³⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 44-119; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 340-376.

Die Definition des Nutzens kann entweder abhängig von individueller Präferenz (Präferenz-Utilitarismus) oder vom aktuellen gesellschaftlichen Konsens sein.³⁹ BEAUCHAMP und CHILDRESS kritisieren an utilitaristischen Theorien die Orientierung an der Nutzenoptimierung von Mehrheiten. Individuelle Rechte und der Schutz von Minderheiten würden dem mehrheitlichen Nutzen untergeordnet. Für partikuläre moralische Verpflichtungen, die aus besonderen persönlichen oder professionellen Beziehungen resultieren können, böten utilitaristische Theorien keinen Raum, weil die Interessen aller Personen als gleichwertig angesehen werden müssten. Sofern die Orientierung am größtmöglichen Nutzen als Maximierung der Erfüllung individueller Präferenzen verstanden werde und nicht durch generelle Prinzipien ergänzt werde, böten utilitaristische Theorien keine Möglichkeit, zwischen moralisch akzeptablen und moralisch nicht akzeptablen Präferenzen zu unterscheiden und zu gewichten.⁴⁰

Ethische Theorien, die in Anlehnung an KANT formuliert werden, orientieren sich an der Kategorie moralischer Pflichten.⁴¹ Moralische Pflichten resultieren aus Prinzipien, die Individuen allein durch ihre Vernunft, aufgrund ihres autonomen Willens erkannt haben. Diese moralischen Prinzipien, auch Maximen genannt, müssen universalisierbar sein, ohne Widerspruch und Ausnahme gewollt werden und unabhängig von der individuellen Präferenz verfolgt werden. Maxime haben den Status absoluter Prinzipien. Handlungsanweisungen in konkreten Situationen sollen deduktiv aus den Prinzipien abgeleitet werden. Als moralisch gut werden nur die Handlungen angesehen, die um der Pflichterfüllung willen getan werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS kritisieren, dass es in konkreten Situationen zum Konflikt zwischen unterschiedlichen, miteinander konkurrierenden Pflichten kommen könne, da alle Prinzipien, die durch die Vernunft anerkannt werden, als absolut zu verstehen seien.⁴² Sie halten Universalisierbarkeit zwar für ein notwendiges Kriterium für die moralische Richtigkeit von Prinzipien, als alleinige Begründung sei sie jedoch nicht ausreichend. Durch die Konzentration auf das rationale

³⁹ Vgl. CALLAHAN 1995, 252; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 47; PATZIG/SCHÖNE-SEIFERT 1995, 5f.; HARE 1998, 80ff. JEREMY BENTHAM, JOHN STUART MILL, PETER SINGER, J. J. C. SMART und R. M. HARE sind Vertreter utilitaristischer Theorien.

⁴⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 48-55; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 340-348.

⁴¹ Diese Theorien werden auch als deontologisch bezeichnet. ALAN DONAGAN ist ein Vertreter eines solchen Theorienansatzes.

⁴² Dieses Problem kann zwar durch eine hierarchische Ordnung der Prinzipien umgangen werden, BEAUCHAMP und CHILDRESS lehnen eine solche Ordnung aber aufgrund mangelnder Flexibilität in der Anwendung auf konkrete Fälle ab.

Urteil blieben Kategorien wie Gefühl, Intuition und Tradition bei der ethischen Urteilsbildung unberücksichtigt.⁴³

Gesinnungsethische Theorien orientieren sich an den ethischen Werten und Einstellungen der handelnden Personen. Dabei kann zwischen richtigen Handlungen und moralisch guten Handlungen unterschieden werden.⁴⁴ Gut im moralischen Sinne ist eine Handlung nur dann, wenn sie durch moralisch gute Werte und Einstellungen, durch Tugenden, motiviert wurde. Wurde die Handlung durch andere Motive, z.B. eigene Gewinnoptimierung motiviert, kann sie zwar trotzdem richtig sein, aber eben nicht moralisch gut. Personen, die aufgrund moralischer Wertvorstellungen handeln, wird dabei zugesprochen, in ethischen Konfliktfällen leichter eine ethisch angemessene und richtige Handlung zu erkennen und auszuführen. Gesinnungsethische Ansätze orientieren sich nicht an Prinzipien oder moralischen Pflichten, sondern an der Ausbildung von ethischen Wertvorstellungen, von Tugenden, der handelnden Personen.⁴⁵ Nach BEAUCHAMP und CHILDRESS ist es jedoch fraglich, ob allein die moralisch gute innere Einstellung automatisch zur ethisch richtigen Handlung führe und wie ohne die Festlegung von moralischen Prinzipien die ethische Richtigkeit einer Handlung beurteilt werden könne.⁴⁶

Libérale ethische Theorien orientieren sich an der Kategorie von individuellen Rechten. Jedes Individuum besitzt bestimmte Grundrechte, Rechte auf Sicherung der eigenen Grundbedürfnisse und Verwirklichung individueller Interessen. Rechte werden dabei als berechtigte Forderungen verstanden, die Individuen, aber auch Personengruppen, gegenüber anderen Mitgliedern einer Gesellschaft bzw. der Gesamtgesellschaft stellen können. Rechte können sowohl absolut als auch *prima facie* verstanden werden. Es gibt positive Rechte, die Güter oder Dienstleistungen durch andere zusichern, und negative Rechte, die bestimmte Handlungen durch andere verbieten.⁴⁷ Aus diesen Rechten können Pflichten im moralischen Sinne abgeleitet werden.

⁴³ Vgl. PATZIG/SCHÖNE-SEIFERT 1995, 5; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 56-62; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 348-355.

⁴⁴ Diese Unterscheidung geht bereits auf Aristoteles zurück (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 64).

⁴⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 62ff.; OAKLEY 1998, 88ff. Einen gesinnungsethischen Ansatz vertreten u.a. PHILIPPA FOOT, ROSALIND HURSTHOUSE, JUSTIN OAKLEY, MICHAEL SLOTE und JAMES DRANE.

⁴⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 62-69.

⁴⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 69-77; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 355-362. Liberale ethische Theorien gehen auf THOMAS HOBBS zurück, ein moderner Vertreter dieser theoretischen Richtung ist RONALD DWORKIN.

BEAUCHAMP und CHILDRESS kritisieren an liberalen ethischen Theorien, dass in ihnen das Individuum zu stark im Mittelpunkt stehe und gesamtgesellschaftliche Interessen aus dem Blickfeld gerieten.

Kasuistische Theorien orientieren sich an der praktischen Lösung moralischer Probleme durch sorgfältige Analyse konkreter Fälle. Moralische Konflikte sollen nicht durch die Anwendung moralischer Prinzipien gelöst werden, sondern durch die Analyse konkreter Fälle mit ihren konkreten Hintergründen. Anhand dieser konkreten Fälle wird ein Konsens über angemessene und ethisch richtige Handlungsstrategien gesucht. Neu auftretende ethische Konflikte werden durch erneute Fallanalysen und Analogiebildung mit paradigmatischen Fällen gelöst. Ausgehend von den Fallanalysen können abstraktere Regeln formuliert werden. Geschieht dies nicht, so steht nach BEAUCHAMP und CHILDRESS die Kasuistik im Falle unterschiedlicher Analogiebildungen vor einem Problem in der Beurteilung und Gewichtung unterschiedlicher Lösungsansätze.⁴⁸

Kommunitaristische ethische Theorien orientieren sich an der Kategorie sozialen Zusammenlebens sowohl von Gesellschaften als auch von gesellschaftlichen Untergruppen. Der Schwerpunkt liegt nicht wie in den zuvor besprochenen Theorien auf dem Individuum, sondern auf der Gesamtgesellschaft bzw. gesellschaftlichen Untergruppen. In liberalen ethischen Theorien soll das Individuum vor gesellschaftlichen Eingriffen in seine freie Entfaltung geschützt werden. Kommunitaristische Ansätze sehen das Individuum nicht in Opposition zur Gesellschaft, sondern als eingebettet in gesellschaftliche Beziehungen und soziale Rollen. Die ethische Orientierung eines Individuums vollzieht sich durch seine Sozialisation in einer Gruppe, das Individuum ist geprägt durch gesellschaftliche Werte. Soziale Ordnung und Moralität beruhen auf historisch gewachsenen Normen, soziale Regeln begründen ihre Akzeptanz und Richtigkeit in gesellschaftlich geteilten Werten.⁴⁹ Individuelle Interessen sollten nur im Einklang mit den gesamtgesellschaftlichen Interessen verfolgt werden. Der Staat kann bzw. sollte lenkend in das gesellschaftliche Leben eingreifen und besonders benachteiligte Personen oder Gruppen fördern. BEAUCHAMP und CHILDRESS stimmen grundsätzlich dem Anliegen

⁴⁸ Vgl. CALLAHAN 1995, 252f.; ARRAS 1998b, 542f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994 92-100. Bekannte Vertreter neuerer kasuistischer Ansätze in der Biomedizinischen Ethik sind JOHN D. ARRAS, ALBERT JONSEN und STEPHEN TOULMIN.

⁴⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 77-85; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 362-369. Zu kommunitaristischen ethischen Ansätzen können so unterschiedliche ethische Ansätze wie die von ARISTOTELES, DAVID HUME und G. W. F. HEGEL gezählt werden. Neuere kommunitaristische Ansätze

kommunitaristischer Theorien zu, zumindest solange ein ausgewogenes Verhältnis zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen besteht. Sie kritisieren jedoch die starke Abwertung individueller Rechte in kommunitaristischen Ansätzen, die ihrer Meinung nach gerade die schützende und emanzipatorische Funktion von Rechten für benachteiligte Personen und Gruppen verkenne.⁵⁰

Die Care-Ethik⁵¹ wird meist zu den feministisch-ethischen Theorien gerechnet. Die care-ethischen Theorien orientieren sich an der Kategorie von Beziehungen.⁵² Ethische Überlegungen dienen in der Care-Ethik der Aufrechterhaltung von Beziehungen, der gegenseitigen Wahrnehmung und der Verständigung.

„Caring in these accounts refers to care for, emotional commitment to, and willingness to act on behalf of persons with whom one has a significant relationship.“⁵³

Genauso wie die kommunitaristischen Ansätze lehnt die Care-Ethik die Fokussierung auf das autonome, unabhängige Individuum ab. Individuen werden nicht als autonom und unabhängig, sondern in ihren Beziehungen, als verbunden mit anderen, wahrgenommen. Die Rolle von Gefühlen bei der ethischen Urteilsbildung wird aufgewertet. Mitgefühl, Vertrauen und Zuwendung werden als relevante ethische Kategorien angesehen. Universelle Regeln und individuelle Rechte spielen eine geringere Rolle. Auf absolute Prinzipien wird zugunsten einer kontextuellen Analyse und Urteilsfindung verzichtet. Dabei liegt der Schwerpunkt der kontextuellen Analyse auf der Ebene der persönlichen Beziehungen und nicht auf der Ebene des gesellschaftlichen Kontextes. BEAUCHAMP und CHILDRESS kritisieren an care-ethischen Theorien einen Mangel an

vertreten unter anderem ALASDAIR MACINTYRE, DANIEL CALLAHAN, CHARLES TAYLOR und MICHAEL SANDER.

⁵⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 84.

⁵¹ Ich verwende den englischen Begriff ‚Care‘ und nicht die von einigen verwendete deutsche Übersetzung des Begriffes ‚Fürsorge‘, da m. E. die Bedeutung von Care deutlich weiter gefasst ist und die Übersetzung mit Fürsorge dem Bedeutungsspektrum von Care nicht gerecht wird. Außerdem wird so eine begriffliche Überschneidung mit dem Prinzip des Wohltuns in der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS vermieden.

⁵² Die Care-Ethik geht zurück auf empirische Studien von CAROL GILLIGAN, einer Schülerin von LAWRENCE KOHLBERG. Sie fand heraus, dass Jungen tendenziell moralische Urteile durch Kategorien wie Gerechtigkeit und individuelle Rechte begründen, während Mädchen ihre ethischen Urteile häufiger durch Kategorien wie Verantwortung, Fürsorge und Verbundenheit begründen. Neuere care-ethische Ansätze stammen unter anderem von ANNETTE BAIER und NEL NODDINGS.

Feministisch-ethische Theorien wie beispielsweise der Entwurf von SUSAN SHERWIN, der unter 2.2 dargestellt wird, grenzen sich von care-ethischen Theorien ab. Für eine ausführlichere Darstellung der Differenzen siehe 2.2.1.

⁵³ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 85.

ethischer Theoriebildung und die Betonung rein kontextueller Urteile ohne Überprüfung dieser partiellen Urteile durch allgemeine Prinzipien.⁵⁴

BEAUCHAMP und CHILDRESS halten keine der beschriebenen ethischen Theorierichtungen für ausreichend, um die ethischen Probleme der modernen Biomedizin zu lösen. Dennoch enthalten alle diese Theorien ihrer Meinung nach für unterschiedliche Problemstellungen sinnvolle und nützliche Aspekte. In der Beurteilung praktischer ethischer Probleme zeigt sich für BEAUCHAMP und CHILDRESS trotz unterschiedlicher ethischer Hintergrundtheorien oft eine erstaunliche Übereinstimmung auf der Ebene von Prinzipien, Einzelfallurteilen und Richtlinien.⁵⁵

„Convergence as well as consensus about principles among a group of persons is common in assessing *cases* and framing *policies*, even when deep theoretical differences divide the group.”⁵⁶

Dieser Konsens auf der Ebene von Prinzipien mittlerer Reichweite und praktischer Einzelfallurteile veranlasste BEAUCHAMP und CHILDRESS dazu, eine neue Form der ethischen Theoriebildung zu entwickeln, die Prinzipienethik. In ihrer ethischen Theoriebildung verzichteten BEAUCHAMP und CHILDRESS bewusst auf die Begründung der Prinzipien durch ethische Hintergrundtheorien. Dadurch erscheint es ihnen möglich, die positiven Aspekte verschiedener ethischer Theorierichtungen in ihrer ethischen Theorie zu integrieren, ohne die negativen Aspekte übernehmen zu müssen. Ihre ethische Reflexion auf der Ebene der von ihnen als konsensfähig erlebten Prinzipien an.

„Nonetheless, we stand to learn from all of these theories. Where one theory is weak in accounting for some part of moral life, another is often strong. Although every general theory clashes at some point with our considered moral convictions, each also articulates convictions that we would be reluctant to relinquish. We can therefore focus on acceptable features in the different theories without having to choose one over the others.”⁵⁷

Ich werde im Folgenden den prinzipienethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS in seiner theoretischen Grundstruktur näher erläutern.

⁵⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 85-92; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 369-376; MANNING 1998, 99ff.

⁵⁵ Als Beispiele für diese Erfahrung führt CHILDRESS sowohl seine eigenen Erfahrungen in der Mitarbeit im *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* 1988 als auch die Erfahrungen von JONSEN und TOULMIN bei der Arbeit in der *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* an (CHILDRESS 1991, 93-121; CHILDRESS 1994, 85).

⁵⁶ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 110.

⁵⁷ BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 377.

2.1.2 Ethische Grundlegung des Ansatzes von Beauchamp und Childress

Ziel des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS ist es, Rahmenbedingungen zu formulieren, unter denen ethisches Urteilen und ethisches Handeln stattfinden sollte.⁵⁸ Für BEAUCHAMP und CHILDRESS gehört es zum Wesen moralischer Erfahrung, dass sich nicht alle moralischen Dilemmata mit Hilfe einer einzigen Theorie lösen lassen.⁵⁹ Sie beanspruchen nicht, eine universelle, in sich abgeschlossene ethische Theorie zu formulieren.

„Our objective is to show how ethical theory can illuminate problems in health care and can help overcome some limitations of past formulations of ethical responsibility. However, it is unreasonable to expect any theory to overcome all the limitations of time and place and reach a universally acceptable perspective.”⁶⁰

BEAUCHAMP und CHILDRESS wollen mit ihrer ethischen Theoriebildung⁶¹ ein Argumentationssystem schaffen, dass in der Analyse praktischer moralischer Probleme überprüft und revidiert werden soll.⁶²

„We develop theories to illuminate experience and to determine what we ought to do, but we also use experience to test, corroborate, and revise theories.”⁶³

Prinzipien bilden die Grundlage der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS. BEAUCHAMP definiert Prinzipien als „allgemein gehaltene Verhaltensnormen, die Verpflichtungen, erlaubte Handlungen und Handlungsideale beschreiben“.⁶⁴ Prinzipien sind demnach normative Richtlinien für moralisches Handeln und moralische Argumentation. Sie sind notwendig als Kriterien, an denen sich ethische

⁵⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 15.

⁵⁹ Vgl. CHILDRESS 1997, 30.

⁶⁰ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 3.

⁶¹ Ich verwende in dieser Arbeit anstelle des Begriffs der ethischen Theorie den Begriff der ethischen Theoriebildung zur Charakterisierung des Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS. Als Reaktion auf die wiederholte Kritik von DANNER CLOUSER und BERNARD GERT, die *Principles of Biomedical Ethics* entsprächen nicht den Anforderungen einer umfassenden Moraltheorie (da sie nicht hinreichend begründet und systematisiert seien), formulieren BEAUCHAMP und CHILDRESS den Anspruch ihres Ansatzes vorsichtiger. Sie verstehen ihre Arbeit als Teil ethischer Theoriebildung, nicht als umfassende ethische Theorie (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 337-340.407f.).

⁶² Mit diesem Verständnis ordnen BEAUCHAMP und CHILDRESS ihre ethische Theorie dem Pragmatismus zu. Im Pragmatismus werden Begriffe und Theorien nicht als Widerspiegelungen der Wirklichkeit verstanden sondern als gesellschaftliche Übereinkünfte, deren Wahrheitsgehalt sich in ihrem Nutzen für die Erarbeitung von Problemlösungen zeigen muss. Alles Wissen und alle Theorien sind vorläufig und grundlegend veränderbar (vgl. HÜGLI/LÜBCKE 2001, 515).

⁶³ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 23.

⁶⁴ BEAUCHAMP 2005b, 49.

Entscheidungen und Handlungen messen und beurteilen lassen.⁶⁵ Von moralischen Prinzipien unterscheiden BEAUCHAMP und CHILDRESS moralische Regeln. Regeln unterscheiden sich von Prinzipien durch ein geringeres Abstraktionslevel, ihr Geltungsbereich ist eingegrenzter und sie sind konkreter formuliert. Dennoch gibt es keine klare Abgrenzung, welche moralischen Normen als Prinzipien und welche als Regeln anzusehen sind.⁶⁶

Nach dem Verständnis von BEAUCHAMP und CHILDRESS müssen Prinzipien fünf Kriterien erfüllen. Sie müssen 1. allgemein, 2. normativ, 3. substantiell, 4. anfechtbar und 5. nicht-fundamental sein. Unter Allgemeinheit verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS, dass die Prinzipien auf ein breites Spektrum an Fällen anwendbar sein müssen, d.h. sie dürfen nicht zu spezifisch formuliert sein. Normativität bedeutet, dass die Prinzipien Kriterien für richtige, gute und verpflichtende Handlungen geben müssen. Sie müssen eine Basis für die ethische Evaluation von Handlungen geben. Die Prinzipien dürfen nicht nur formale Forderungen enthalten, sondern müssen substantiell sein. Sie müssen inhaltliche Bestimmungen von guten und richtigen ethischen Handlungen und Entscheidungen vornehmen. Die Prinzipien sind anfechtbar in dem Sinne, dass sie nicht als absolut anzusehen sind. Sie gelten *prima facie*, d.h. „sie sind feste Verpflichtungen, die nur dann aufgehoben werden können, wenn sie in Konflikt mit einer anderen Verpflichtung geraten und nicht vorrangig sind“.⁶⁷ Jedes Prinzip kann im Falle konkurrierender moralischer Pflichten unter Berufung auf ein vorrangiges Prinzip außer Kraft gesetzt werden. Die Prinzipien sind nicht fundamental. Sie bilden nicht die alleinige Grundlage moralischer Urteile, sondern müssen sowohl mit dem konkreten Kontext des moralischen Problems als auch mit den moralischen Intuitionen der handelnden Personen ins Gespräch gebracht werden.⁶⁸

Inhaltlich begründen BEAUCHAMP und CHILDRESS ihre Prinzipien mit Hilfe der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden. Unter *common morality* verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS moralische Überzeugungen, die von den Mitgliedern einer Gesellschaft ohne vorherige philosophische Reflexion aufgrund des „gesunden

⁶⁵ Vgl. BEAUCHAMP 1996, 81.

⁶⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 37f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 13.

⁶⁷ BEAUCHAMP 2005b, 50. Ebenso: „Principles in the four-principles approach should be conceived neither as rules of the thumb nor as absolute prescriptions. Rather, they are *prima facie*: They are always binding *unless* they conflict with obligations expressed in another moral principle, in which case a balancing of the demands of the two principles is necessary.” (BEAUCHAMP 1994, 7).

⁶⁸ Vgl. BEAUCHAMP 1996, 81ff.

Menschenverstandes“ und von tradierten Wertvorstellungen geteilt werden.⁶⁹ BEAUCHAMP und CHILDRESS übernehmen in ihrem Verständnis JOHN RAWLS Konzept der *considered judgements*, der wohlerwogenen Urteile. *Considered judgements* sind moralische Überzeugungen, in die Menschen das höchste Maß an Vertrauen haben und an denen sie über einen längeren Zeitraum nicht die geringsten Zweifel hatten. Solche wohlerwogenen Überzeugungen können z.B. die Ablehnung von Benachteiligung aufgrund von Rasse, Geschlecht, religiöser Überzeugung, Glauben an Demokratie usw. sein.⁷⁰ Wohlerwogene Überzeugungen sollten der gemeinsamen politischen Kultur entstammen und keine rein partikulären Interessen widerspiegeln. Die *common morality* ist nicht gleichzusetzen mit der *customary morality*, der Alltagsmoral. Die Alltagsmoral beinhaltet für BEAUCHAMP und CHILDRESS lediglich unreflektierte Bräuche. Innerhalb ihrer ethischen Theoriebildung rekonstruieren BEAUCHAMP und CHILDRESS ihre Prinzipien aus der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden, und reflektieren und verändern die Prinzipien so, das sie ein stimmiges System ergeben.⁷¹ Die in einer Gesellschaft tradierten und von den Einzelnen akzeptierten wohlerwogenen moralischen Überzeugungen bilden für BEAUCHAMP und CHILDRESS den besten Ausgangspunkt ethischer Überlegung und Begründung, weil sie zum einen den aus der *common morality* entlehnten Prinzipien eine größere Plausibilität für die Lösung praktischer ethischer Probleme zusprechen als abstrakten ethischen Theorien.⁷² Zum anderen möchten BEAUCHAMP und CHILDRESS einem infiniten Begründungszwang von Prinzipien und deren Begründungen entgehen, indem sie sich auf selbstevidente moralische Überzeugungen berufen.

„We start in ethics, as elsewhere, with a particular set of beliefs – the set of considered judgements (also called self-evident norms and plausible intuitions) that are acceptable without argumentative support. We cannot justify every moral judgement in terms of another moral judgement without generating an infinite regress or vicious circle of justification in which no judgement is justified. The only avenue of escape is to accept some judgements as justified without recourse to other judgements: and these judgements form our starting point.

These considered judgements typically have a history rich in moral experience that underlies our sense that they are credible and trustworthy; considered judgements are therefore not merely a matter of individual intuition.“⁷³

⁶⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 100; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 2-4.

⁷⁰ Vgl. POGGE 1994, 157ff.; RAWLS 1988, 37f.; HÖFFE 1998, 24; BEAUCHAMP 1994, 11.

⁷¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 100f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 403.

⁷² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 102; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 404f.

⁷³ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 24. Übergeordnete Prinzipien in ethischen Theorien bedürften immer einer rationalen Begründung. Dazu würde ein noch übergeordneteres Prinzip benötigt und letztlich könne so ein unendlicher Begründungszwang auf immer übergeordneteren Ebenen entstehen.

Unklar bleibt in BEAUCHAMPS und CHILDRESS' Konzept, inwieweit die aus der *common morality* generierten Normen durch ihren historischen und sozialen Kontext bestimmt und somit veränderbar wären. Während in der vierten Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ die *common morality* als soziale Institution mit erlernbaren Regeln analog zur Sprache bezeichnet wird⁷⁴ und somit auch historischen und sozialen Veränderungen unterworfen wäre, definieren BEAUCHAMP und CHILDRESS in der fünften Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ die *common morality* als „set of norms that all morally serious persons share“.⁷⁵ Die Normen der *common morality* sollen für alle Menschen an allen Orten gelten. BEAUCHAMP geht einerseits davon aus, dass die Normen der *common morality*, beispielsweise die Menschenrechte, von allen vernünftigen Menschen geteilt und anerkannt werden. Andererseits erkennt er an, dass sie auf gesellschaftlichen Konventionen und historischen Traditionen basieren.⁷⁶ Aus dieser Definition ergibt sich ein gewisser Widerspruch. Die Normen der *common morality* werden zwar in ihrer Historizität anerkannt und sind somit zumindest geschichtlich veränderbar. Gleichzeitig erhalten sie aber einen universellen Anspruch, da sie für alle vernünftigen Menschen an allen Orten gelten. Die Möglichkeit der unterschiedlichen Gestaltung der *common morality* in unterschiedlichen Gesellschaften zum selben historischen Zeitpunkt wird nicht mitbedacht. Die Menschenrechte werden als Beispiel dieser universell gültigen Normen angeführt. Dabei wird jedoch ignoriert, dass die Idee der Menschenrechte im Kontext westlicher Gesellschaften generiert wurde. Mit diesem Universalitätsanspruch der *common morality* positionieren sich BEAUCHAMP und CHILDRESS entgegengesetzt zu interkulturellen oder feministischen ethischen Theorien. Diese betonen die Abhängigkeit ethischer Normen von historischen und sozialen Kontexten und warnen davor, herrschende Normen als die einzig vernünftigen und universell gültigen zu postulieren.⁷⁷ Die Veränderungen des Verständnisses der *common morality* zwischen der vierten und fünften Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ wurden m. E. von BEAUCHAMP und CHILDRESS vorgenommen, um eine stärkere Rechtfertigung ihrer ethischen Prinzipien zu erreichen. Aufgrund dieser Veränderungen ist in ihrem Ansatz jedoch eine Diskrepanz zwischen dem Universalitätsanspruch und der Anerkennung der Kontextgebundenheit ethischer Prinzipien entstanden.

⁷⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 6.

⁷⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3.

⁷⁶ Vgl. BEAUCHAMP 2005, 52. Aus dieser Behauptung würde im Umkehrschluss folgen, dass Menschen, die diese Normen nicht teilen, sich nicht auf vernünftige Gründe berufen könnten.

BEAUCHAMP und CHILDRESS begründen die Auswahl ihrer Prinzipien mit deren Bedeutung in der biomedizinethischen Tradition und der *common morality*. Bei den vier Prinzipien bzw. Prinzipiengruppen (*clusters of principles*) handelt es sich um:

- „(1) respect for autonomy (a norm of respecting the decisionmaking capacities of autonomous persons),
- (2) nonmaleficence (a norm of avoiding the causation of harm),
- (3) beneficence (a group of norms for providing benefits and balancing benefits against risks and costs) and
- (4) justice (a group of norms for distributing benefits, risks, and costs fairly).“⁷⁸

In der biomedizinethischen Tradition haben die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge eine lange Tradition, die sich bis in den hippokratischen Eid zurückverfolgen lässt (siehe 1.1). Sie galten als die grundlegende Orientierungsstruktur des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Das Prinzip der Autonomie hat in der aktuellen biomedizinischen Diskussion große Bedeutung erlangt und ist tief in der liberalen westlichen Tradition verwurzelt. Besonders durch den Einfluss der Rechtswissenschaften und der Philosophie auf den biomedizinethischen Diskurs hat es an Bedeutung gewonnen. Zunehmend gilt der Respekt vor den Rechten von Patientinnen und Patienten als grundlegende ärztliche Verpflichtung. Das Prinzip der Gerechtigkeit beschäftigt sich mit der Verteilung von Lasten und Nutzen in einer Gesellschaft und ist besonders in sozialkritischen und egalitären Theorien zentral.⁷⁹ Die vier Prinzipien mittlerer Reichweite (*midlevel principles*) gelten in der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS als gleichwertig. BEAUCHAMP und CHILDRESS verzichten auf eine klare normative Ordnung der Prinzipien.⁸⁰ Für sie sind die Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit nicht die einzigen biomedizinethisch relevanten Prinzipien, sie sind ihrer Meinung nach jedoch die wichtigsten. Neben den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit behandeln BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem Ansatz auch die Prinzipien der Wahrhaftigkeit, Wahrung der Privatsphäre, Vertraulichkeit und Zuverlässigkeit. Diese Prinzipien sind für sie nicht grundlegend, da sie sich aus den anderen Prinzipien ableiten lassen. Das Prinzip der Wahrung der Privatsphäre wird

⁷⁷ Vgl. SHERWIN 1992, 62ff.; HARDING 1994, 155ff.; PIEPER 1998, 350.

⁷⁸ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 38; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 12.

⁷⁹ Vgl. BEAUCHAMP 1994, 5f.

⁸⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 38; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 12f. Zu den Anwendungsproblemen der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS, die sich aus dieser Entscheidung ergeben, siehe 2.1.7.

beispielsweise aus dem Prinzip des Respekts vor Autonomie abgeleitet, das Prinzip der Zuverlässigkeit aus dem Prinzip des Respekts vor Autonomie und der Gerechtigkeit.⁸¹

Ein wesentliches Qualitätskriterium einer jeden biomedizinethischen Theorie ist die Fähigkeit, Lösungsorientierungen für konkrete Fälle und Probleme bereitzustellen.⁸² Aus diesem Grund reflektieren BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung das Verhältnis zwischen ihren Prinzipien und den fallbezogenen ethischen Urteilen. Grundsätzlich lassen sich nach BEAUCHAMP und CHILDRESS für das Verhältnis zwischen ethischer Theorie und ethischem Einzelfallurteil drei Modelle unterscheiden: 1. das deduktive Modell, 2. das induktive Modell und 3. das Kohärenzmodell. In deduktiven Modellen moralischen Urteilens werden Einzelfallurteile aus absoluten Normen, die den Kern einer ethischen Theorie bilden, abgeleitet. Ein Prinzip, eine Regel oder ein Recht wird auf einen konkreten Fall angewendet, der in den Geltungsbereich dieses Prinzips, dieser Regel oder dieses Rechtes fällt. Die Argumentationsweise des deduktiven Modells wird als „*top-down*“ (von oben nach unten) bezeichnet.⁸³ BEAUCHAMP und CHILDRESS kritisieren an deduktiven Modellen die mangelnde praktische Anwendbarkeit. Eine direkte Anwendung abstrakter Prinzipien und Regeln auf ein konkretes ethisches Problem sei nur möglich, wenn dieses Problem lediglich in den Geltungsbereich eines Prinzips oder einer Regel falle, nicht jedoch in komplexen Fällen (siehe die Kritik an Kantischer Ethik in 2.1.1).⁸⁴

Bei einem induktiven Modell basiert moralische Urteilsfindung auf der Betrachtung konkreter Einzelfälle unter Berücksichtigung kontextueller Details und Einbeziehung von Präzedenzfällen. Unterschiede und Analogien des Falles zu Präzedenzfällen fließen in die Einzelfallbeurteilung mit ein. Ethische Theoriebildung dient in induktiven Modellen der Systematisierung der Einzelfallurteile.⁸⁵ Die induktive Argumentationsweise wird als „*bottom-up*“ (von unten nach oben) bezeichnet. BEAUCHAMP und

⁸¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 410ff./430ff. Die Tatsache, dass begrifflich nicht zwischen grundlegenden Prinzipien und anderen Prinzipien unterschieden wird, sondern beides unter den Begriff des Prinzips gefasst wird (die begriffliche Unterscheidung in grundlegende und abgeleitete Prinzipien ist eine Verdeutlichung meinerseits), sowie die vage Unterscheidung zwischen Prinzipien und Regeln, tragen m.E. zu dem Eindruck einer mangelnden Systematik in dem ethischen Entwurf von BEAUCHAMP und CHILDRESS bei.

⁸² Vgl. STRONG 2005, 292; VIETH 2005, 163f.

⁸³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 14-16; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 385-388; SCHÖNE-SEIFERT 1996, 560.

⁸⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 16f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 388-391.

CHILDRESS kritisieren an rein induktiven Modellen, dass sie keine Kriterien böten, um inadäquate ethische Urteile zu kritisieren, da sie keine allgemeingültigen Grundsätze anerkennen. Dieses Problem werde lediglich gelöst, wenn aus den Einzelfallanalysen generelle Prinzipien abgeleitet werden.⁸⁶

BEAUCHAMP und CHILDRESS favorisieren in ihrer ethischen Theoriebildung das Kohärenzmodell. Im Kohärenzmodell ist das Verhältnis zwischen ethischer Theorie und konkretem Einzelfall dialektisch. Die Argumentationsweise ist weder „*top-down*“ noch „*bottom-up*“, sondern sie bewegt sich in beide Richtungen. Ausgehend von der *common morality* entwickeln BEAUCHAMP und CHILDRESS ethische Normen. Die Prinzipien werden auf ihre Klarheit und Kongruenz mit den wohlerwogenen moralischen Urteilen hin überprüft und so verändert, dass sie miteinander ein kohärentes System bilden. Praktische ethische Probleme werden vor dem Hintergrund der so entstandenen ethischen Theorie analysiert und beurteilt. Wenn dies zu Einzelfallurteilen führt, die den wohlerwogenen moralischen Urteilen widersprechen, so muss dies zu einer Überarbeitung der ethischen Theoriebildung oder des Einzelfallurteils führen. Ziel dieser Form der ethischen Theoriebildung ist es, den Status eines Überlegungsgleichgewichtes⁸⁷ zu erreichen. Im Status Überlegungsgleichgewichtes erläutern sich ethische Theorie und praktisches ethisches Urteil gegenseitig und unterstützen sich argumentativ. Es kann zwischen verschiedenen Formen des Überlegungsgleichgewichtes unterschieden werden. Das enge Überlegungsgleichgewicht beinhaltet eine Kohärenzbildung zwischen wohlerwogenen moralischen Überzeugungen, Prinzipien und Einzelfallurteilen. Das weite Überlegungsgleichgewicht bezieht zusätzlich Hintergrundtheorien in die Kohärenzbildung mit ein.⁸⁸ BEAUCHAMP und CHILDRESS geben in der fünften Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ an, das weite Überlegungsgleichgewicht zu favorisieren.⁸⁹ Da sie in der Generierung ihrer ethischen Prinzipien jedoch bewusst auf

⁸⁵ Das induktive Modell findet hauptsächlich in kasuistischen Theorien seine Anwendung (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 18ff.; SCHÖNE-SEIFERT 1996, 560; JONSEN 2005, 154-156; STRONG 2005, 301-303).

⁸⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 19; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 394-397.

⁸⁷ Der Begriff und das Konzept des *reflective equilibrium*, des Überlegungsgleichgewichtes, wurden zuerst von JOHN RAWLS eingeführt und erläutert. RAWLS setzte an die Stelle einer Letztbegründung von ethischen Prinzipien einen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen wohlüberlegten Überzeugungen einer Person. Die unterschiedlichen wohlüberlegten Überzeugungen sollten so verändert und zueinander in Beziehung gesetzt werden, dass sie ein stimmiges kohärentes System bilden und sich gegenseitig argumentativ unterstützen. Eine solche systematische Einheit von Überzeugungen nennt RAWLS ein reflektives Gleichgewicht oder Überlegungsgleichgewicht (vgl. POGGE 1994, 157-167; KOLLER 1998, 63).

⁸⁸ Vgl. CLAUSEN 2005, 383-385.

⁸⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 399.

ethische Hintergrundtheorien verzichten⁹⁰ und auch in den Spezifizierungen der Prinzipien ihre eigenen Hintergrundtheorien nicht benennen, erscheint mir ihr Ansatz in der vorliegenden Überarbeitung eher dem engen Überlegungsgleichgewicht zu entsprechen. In Bezug auf das Überlegungsgleichgewicht ist ferner zu klären, ob es rein intrapersonal (nur für eine einzelne Person geltend) oder interpersonal (für soziale Gruppen oder die Gesamtgesellschaft) zu verstehen ist.⁹¹ BEAUCHAMP und CHILDRESS bleiben in dieser Frage in ihrem Ansatz unbestimmt. Sie betonen zwar die konsensstiftende Funktion der Prinzipien mittlerer Reichweite⁹² und halten eine Kohärenzbildung in Bezug auf öffentliche Richtlinien für möglich. Konzeptionell haben sie sich in ihrem Ansatz, nach eigenen Angaben, mit den Voraussetzungen eines interpersonellen Überlegungsgleichgewichtes allerdings noch nicht ausführlich beschäftigt.⁹³ Für BEAUCHAMP und CHILDRESS kann hinsichtlich des Überlegungsgleichgewichtes kein absolut stabiler Status erreicht werden. Eine ständige Überarbeitung und kritische Reflexion der ethischen Theorie ist notwendig, um zu einem möglichst kohärenten ethischen Begründungssystem zu gelangen.⁹⁴

„... the only relevant model for moral theory is the best approximation to full coherence. We should assume that we are confronted with a never-ending search for defeats of coherence, for counterexamples to our beliefs, and for novel situations.“⁹⁵

Eine ethische Theoriebildung, die sich fortwährend auf ihre eigene Kohärenz hin prüft und korrigiert, kommt für BEAUCHAMP und CHILDRESS dem Anspruch der Wahrheit am nächsten.

Kohärenz bildet im Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS das wichtigste Kriterium für die Rechtfertigung ethischer Urteile. Da Kohärenz jedoch ein rein formales Kriterium darstellt, sind unterschiedliche kohärente ethische Begründungssysteme und unterschiedliche Überlegungsgleichgewichte vorstellbar.⁹⁶ Auf die Kritik an dieser normativen Unbestimmtheit und dem starken intuitiven Element des ethischen Ansatzes

⁹⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 404f. Ihr Rekurs auf die *common morality* erscheint mir zu unbestimmt, um den Stellenwert einer ethischen Hintergrundtheorie zu erlangen.

⁹¹ Vgl. CLAUSEN 2005, 385.

⁹² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376ff.404f.

⁹³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 401. Dies ist einer der Gründe, warum ich für die praxisbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS mit der Präimplantationsdiagnostik ein Beispiel aus dem Bereich der öffentlichen Richtlinienenerarbeitung gewählt habe (siehe 3).

⁹⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 20-26; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 397-401; SCHÖNE-SEIFERT 1996, 560f.

⁹⁵ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 22.

⁹⁶ Vgl. BEAUCHAMP 2005, 51; RAUPRICH 2005a, 27; CLAUSEN 2005, 391.

von BEAUCHAMP und CHILDRESS werde ich unter 2.1.7 ausführlicher eingehen. Um diese Vorwürfe zu entkräften, haben BEAUCHAMP und CHILDRESS zwei weitere Bedingungen für die Rechtfertigung von ethischen Prinzipien und Urteilen benannt: Ähnlichkeit der Prinzipien mit den wohlerwogenen moralischen Urteilen und Universalisierbarkeit der Prinzipien. Die Prinzipien sollen im Prozess ethischer Theoriebildung nur soweit verändert werden, dass die ihnen zugrundeliegenden wohlerwogenen moralischen Urteile noch erkennbar bleiben, d.h. sie müssen den wohlerwogenen Überzeugungen ähnlich sein. Die Prinzipien sollen innerhalb einer ethischen Theorie universelle Gültigkeit haben, d.h. ähnliche Fälle müssen nach denselben Prinzipien analysiert und beurteilt werden. Universalität ist dabei als formale, nicht substantielle Bedingung gedacht.⁹⁷ Ähnlichkeit und Universalisierbarkeit stellen in diesem Sinne jedoch ebenfalls formale Kriterien dar, so dass das Problem der normativen Unbestimmtheit des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS mit ihrer Hilfe nicht gelöst werden kann.

Die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS beruht auf vier gleichwertigen ethischen Prinzipien. In der Analyse eines praktischen ethischen Problems aus der Perspektive der vier Prinzipien heraus kann es zu einer Kollision der unterschiedlichen Prinzipien und zu konkurrierenden Handlungsanweisungen und ethischen Urteilen kommen. Um Konflikte zwischen konkurrierenden Prinzipien zu lösen, stellen BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung die Methoden der Spezifizierung (*specification*) und der Abwägung (*balancing*) vor.⁹⁸ In Anlehnung an RICHARDSON verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS unter Spezifizierung die qualitative Anpassung von ethischen Normen an konkrete Einzelfälle.⁹⁹ Spezifizierung beinhaltet die inhaltliche Konkretisierung von Prinzipien und die Eingrenzung ihrer Deutungsspielräume.¹⁰⁰ So können Geltungsbereiche der Prinzipien voneinander abgegrenzt werden und Regeln und Verhaltenskodizes formuliert werden, die möglichst

⁹⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 25f.

⁹⁸ Den in einigen ethischen Theorien vertretenen Ansatz, das Problem konkurrierender ethischer Prinzipien durch Festlegung einer Rangfolge der Prinzipien zu lösen, lehnen BEAUCHAMP und CHILDRESS ab, da es für sie kein übergeordnetes Prinzip gibt, sondern mehrere gleichwertige, grundlegende Prinzipien. Stattdessen beziehen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS auf den Ansatz von HENRY RICHARDSON, der zur Lösung moralischer Konflikte die Methoden der direkten Anwendung von Prinzipien, der Spezifikation und der Abwägung vorstellt (vgl. RICHARDSON 1990, 279-310; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 28-32; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 15-18; CHILDRESS 1998, 63).

⁹⁹ Vgl. RICHARDSON 2005, 257.

¹⁰⁰ Vgl. CLAUSEN 2005, 380f.

nahe an der Ebene alltäglicher Konflikte und Entscheidungen liegen.¹⁰¹ Die Spezifizierungen müssen wie die Prinzipien dem Kohärenzkriterium unterworfen werden. Die Methode der Spezifizierung bietet die Möglichkeit, normative Ansichten zu erweitern und gleichzeitig den ursprünglichen normativen Überzeugungen treu zu bleiben. BEAUCHAMP und CHILDRESS halten die Methode der Spezifizierung besonders geeignet für die Entwicklung von öffentlichen Richtlinien und Verfahrensregeln.¹⁰² Unter Abwägung verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS die relative Gewichtung von unterschiedlichen konkurrierenden Normen in einer konkreten Entscheidungssituation mit dem Ziel, die vorrangige moralische Verpflichtung zu ermitteln. Sie stellen folgende Kriterien für den Abwägungsprozess auf: 1. Bessere Gründe sprechen für eine Norm als für die anderen Normen. 2. Das moralische Ziel, das beim Aufheben einer Norm verfolgt wird, muss realistisch sein. 3. Es gibt keine moralisch besseren Alternativen. 4. Die übertretene Norm ist die am wenigsten mögliche. 5. Die negativen Effekte der Normübertretung werden minimiert.¹⁰³ Im Falle konkurrierender Prinzipien können die Prinzipien nach sorgfältiger Abwägung unter Angabe rechtfertigender Gründe außer Kraft gesetzt werden.

Innerhalb der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS ergänzen die Methoden der Spezifizierung und der Abwägung einander. Spezifizierung und Abwägung der Prinzipien sollen dazu beitragen, moralische Dilemmata zu lösen und zu wohlbegründeten ethischen Urteilen und Handlungsanweisungen zu gelangen. Eine spannungsfreie Auflösung aller moralischen Probleme und Dilemmata kann jedoch auch mit diesen Methoden nicht garantiert werden. Für BEAUCHAMP und CHILDRESS bleibt die moralische Erfahrung auszuhalten, dass es in Einzelfällen weiterhin unterschiedliche wohlbegründete ethische Urteile geben wird.¹⁰⁴

Mit ihrem Konzept der *prima facie* bindenden Prinzipien versuchen BEAUCHAMP und CHILDRESS sowohl die Autorität und rechtfertigende Kraft von Prinzipien als auch die Möglichkeit der Flexibilität, Kontextsensitivität und Revision ethischer Urteile in ihrer ethischen Theoriebildung zu integrieren.

¹⁰¹ Vgl. DEGRAZIA 1992, 524ff.

¹⁰² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 32.

¹⁰³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 32-37; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 18-21.

¹⁰⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 105; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 21f.

„This strategy allows us to rely on the authority of the indispensable principles in the common morality, while incorporating tools to refine and correct its weaknesses and unclarities and to allow for additional specification.“¹⁰⁵

Ich werde nun im Folgenden die Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit in den von BEAUCHAMP und CHILDRESS vorgenommenen Spezifizierungen darstellen.

2.1.3 Das Prinzip des Respekts vor Autonomie

Autonomie im Sinne des Respekts vor den selbstbestimmten Entscheidungen anderer Menschen ist tief in dem allgemeinen Moralempfinden westlicher Gesellschaften verwurzelt. Über das philosophische Konzept der Autonomie und die damit verbundenen Rechte gibt es jedoch sehr unterschiedliche Auffassungen. Der Begriff ‚Autonomie‘ setzt sich aus dem griechischen *autos* (selbst) und *nomos* (Gesetz, Regel) zusammen und wurde ursprünglich auf die Selbstbestimmung unabhängiger hellenistischer Stadtstaaten bezogen. Im heutigen Kontext wird der Begriff ‚Autonomie‘ neben seiner politischen Bedeutung vor allen Dingen auf individuelle Freiheit und Selbstbestimmung bezogen. BEAUCHAMP und CHILDRESS analysieren den Begriff der Autonomie in ihrem Ansatz ausschließlich im Sinne einer individuellen Autonomie. Das Prinzip des Respekts vor Autonomie wurde von zwei Philosophen entscheidend geprägt: IMMANUEL KANT und JOHN STUART MILL. Nach KANT ist der Respekt vor der Autonomie anderer Personen in deren uneingeschränktem Selbstwert und in deren Fähigkeit zur Setzung eigener Ziele begründet. Eine Person darf niemals nur als Mittel zur Durchsetzung der Ziele einer anderen Person benutzt werden, sondern muss immer als Selbstzweck verstanden werden.¹⁰⁶ MILL setze sich für die Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung von Individuen ein, sofern ihre Interessen nicht mit denen anderer Individuen kollidieren. Die Stärkung der Selbstverwirklichung von Individuen sowie die Achtung ihrer Lebensziele seien verpflichtend.¹⁰⁷

Neben KANT und MILL haben sich viele weitere ethische Theorien mit der Bestimmung von Merkmalen oder Qualitäten beschäftigt, die eine autonome Person charakte-

¹⁰⁵ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 101.

¹⁰⁶ Vgl. KANT 1983, 59-75.

¹⁰⁷ Vgl. MILL 1974, 77-79.103-128; GRAY 1991, 194-207; SMITH 1991, 239-244.

risieren. Als Merkmale autonomer Personen werden u.a. die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und unabhängigen Entscheidung, Rationalität, Verständnis und Empfindungsfähigkeit angesehen. Doch auch wenn Individuen diese Fähigkeiten grundsätzlich besitzen, können sie aufgrund temporärer Bedingungen wie Krankheit, Abhängigkeit und Informationsdefizit in ihrer autonomen Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt sein. BEAUCHAMP und CHILDRESS fokussieren ihre Aufmerksamkeit deshalb nicht auf die ontologische Bestimmung von Merkmalen autonomer Personen, sondern ihr Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung der Voraussetzungen autonomer Entscheidungsfindung. Wichtiger als die grundsätzliche Fähigkeit zur Selbstbestimmung ist für sie die aktuelle Ausübung der Selbstbestimmung.¹⁰⁸

Das Prinzip des Respekts vor Autonomie wäre für BEAUCHAMP und CHILDRESS in der Praxis nicht anwendbar, wenn völlige Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Freiheit von äußeren Einflüssen, Authentizität und Konsistenz zur Grundlage der Anerkennung autonomer Entscheidungen und Handlungen gemacht würden.¹⁰⁹ Nur wenige Entscheidungsträger und nur wenige Entscheidungen würden einem solchen Ideal von Autonomie standhalten.¹¹⁰ Da die praktische Anwendbarkeit für BEAUCHAMP und CHILDRESS ein wesentliches Kriterium biomedizinethischer Theoriebildung ist, stellen sie in ihrem ethischen Entwurf ein Konzept von Autonomie dar, das ihrer Meinung nach als Grundlage zur Beurteilung autonomer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen dienen kann. Sie entwickeln ein Konzept gradueller Autonomie. Diesem Konzept legen sie die Kriterien der Intentionalität, des Verständnisses und der Freiheit von kontrollierenden Einflüssen von Entscheidungen und Handlungen zugrunde.¹¹¹ Das Kriterium der Intentionalität unterliegt keinen graduellen Abstufungen: eine Handlung ist entweder bewusst intendiert oder sie ist es nicht. Verständnis und Freiheit von kontrollierenden Einflüssen sind jedoch Kriterien, die mehr oder weniger stark erfüllt sein

¹⁰⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 121-124; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 58-60.

¹⁰⁹ Vgl. SCHÖNE-SEIFERT 1996, 568; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 123; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 59.

¹¹⁰ Für BEAUCHAMP und CHILDRESS ist die Anerkennung gesellschaftlicher Werte und staatlicher Autoritäten kein grundsätzlicher Widerspruch zum Autonomiestatus von Personen und Handlungen. "We believe no fundamental inconsistency exists, because individuals can exercise their autonomy in choosing to accept and submit to the authority and demands of an institution, tradition, or community that they view as a legitimate source of direction....Morality is not a set of personal rules created by individuals isolated from society, and moral principles have authority over our lives by virtue of a social and cultural setting that is independent of any single autonomous actor. That we share these principles in no way prevents them from being an individual's own principles." (BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 124).

¹¹¹ Vgl. SCHÖNE-SEIFERT 1996, 568; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 123; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 59.

können. Handlungen können somit zu einem unterschiedlichen Grad autonom sein. Für BEAUCHAMP und CHILDRESS ist lediglich ein substantielles Ausmaß an Verständnis und Freiheit notwendig, um eine Entscheidung oder Handlung als autonom zu qualifizieren, nicht vollständiges Verständnis und absolute Freiheit von äußeren Einflüssen.

„To limit adequate decisionmaking by patients to the ideal of fully or completely autonomous decisionmaking strips these acts of any meaningful place in the practical world, where people’s actions are rarely, if ever, fully autonomous.”¹¹²

Ein substantielles Ausmaß an Verständnis bedeutet für BEAUCHAMP und CHILDRESS, dass die Patientin oder der Patient die für die Entscheidung relevanten Informationen versteht. Dies setzt zum einen die Fähigkeit voraus, solche Informationen zu verstehen, zum anderen die Bereitschaft der behandelnden Personen, die für die Entscheidungsfindung relevanten Informationen mitzuteilen. Als relevante Informationen, die zugänglich gemacht werden müssen, definieren BEAUCHAMP und CHILDRESS: 1. Tatsachen und Hintergründe, die im allgemeinen von Patientinnen und Patienten als wichtig für die Entscheidungsfindung bezüglich bestimmter Therapien oder der Teilnahme an Forschungsvorhaben erachtet werden (dazu gehören Diagnose, Prognose, Form der geplanten Intervention, Alternativen, Risiken, zu erwartender Nutzen usw.),¹¹³ 2. Informationen, die die behandelnden Personen darüber hinaus als relevant erachten, 3. die Empfehlung der behandelnden Person, 4. den Zweck des Aufklärungs- und Einwilligungsgesprächs, und 5. die Tragweite und Grenzen der Zustimmung zu bestimmten Interventionen.¹¹⁴ Wichtig für ein tiefergehendes Verständnis ist für Patientinnen und Patienten nicht nur der Inhalt der erhaltenen Informationen, sondern auch eine Gesprächsatmosphäre, in der sie ermutigt werden, Rückfragen zu stellen und für sie relevante Interessen und Befürchtungen zur Sprache zu bringen. Die Rezeption der erhaltenen Informationen auf Seiten der Patientinnen und Patienten hängt entscheidend von ihrem Vorverständnis ab, von Assoziationen und Bedeutungskonnotationen, die bestimmte Begriffe und Informationen bei ihnen auslösen. Ängste können zu einer Nichtakzeptanz oder völligen Verzerrung der erhaltenen Informationen führen. Dieses

¹¹² BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 123.

¹¹³ Da es jedoch nur wenige empirische Daten gibt, welche Tatsachen und Hintergründe Patientinnen und Patienten im Einzelfall als wichtig erachten, bleibt die Einschätzung der relevanten Informationen in der konkreten Situation letztlich den Behandelnden überlassen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 159f.).

¹¹⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 142-146; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 77-80. Auf die unterschiedlichen professionellen Standards, die an Art und Inhalt der Aufklärungsgespräche angelegt werden können, sowie auf das Problem eventuell notwendiger Nichtaufklärung über Teilaspekte von Forschungsvorhaben, um Forschungsergebnisse nicht zu beeinflussen, soll in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

gilt es im Gespräch zu klären. Nach BEAUCHAMP und CHILDRESS kann sowohl ein Mangel an Informationen als auch ein Überangebot, vor allem an unverständlichen oder missverstandenen Informationen, eine autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigen.¹¹⁵ Im klinischen Alltag ist eine vollständige Aufklärung über alle relevanten Aspekte einer Therapie sowie ein vollständiges Verständnis aller erhaltenen Informationen selten möglich.

Ein substantielles Ausmaß an Freiheit von äußeren Einflüssen verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS als die Abwesenheit von manipulativen und kontrollierenden Einflüssen. Nicht jede Form von Einflussnahme stehe einer autonomen Entscheidungsfindung entgegen, sondern lediglich die Formen, derer sich die Entscheidungsträger nicht entziehen könnten. Diese definieren sie als Zwang, Überredung und Manipulation. Zwang ist nach BEAUCHAMP und CHILDRESS die intendierte Beeinflussung einer anderen Person mittels schwerwiegender Drohungen oder Ausübung von Gewalt. Überredung bedeutet die verbale Beeinflussung einer anderen Person mit dem Ziel, die eigene Überzeugung durchzusetzen entgegen den geäußerten Bedürfnissen und Interessen der anderen Person. Manipulation wird als ein Überbegriff für verschiedene Formen der Einflussnahme gewählt. Im Bereich des Gesundheitswesens geschieht sie meist durch selektive Weitergabe von Informationen.¹¹⁶ Persönliche Vorlieben, familiäre Bindungen, gesetzliche Verpflichtungen usw. zählen für BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht zu den Einflüssen, die autonome Entscheidungen und Handlungen substantiell behindern. Keine Entscheidung werde völlig frei von äußeren Einflüssen gefällt. Wichtig sei jedoch, dass die Entscheidung oder Handlung nicht von äußeren Einflüssen kontrolliert werde.

„From the fact that actions are never *fully* informed, voluntary, or autonomous, it does not follow that they are never *adequately* informed, voluntary, or autonomous.“¹¹⁷

Die Spezifizierungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS bleiben im Wesentlichen auf die Abwesenheit von manipulativen und kontrollierenden Einflüssen im Gesundheitswesen durch Einzelpersonen (insbesondere die behandelnden und pflegenden Personen)

¹¹⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 159-162; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 88-92.

¹¹⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 163-167; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 93-95.

¹¹⁷ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 158.

beschränkt. Die Auswirkungen von strukturellen Einflüssen und gerade die subtile Beeinflussung durch internalisierte gesellschaftliche Normen werden nicht reflektiert.¹¹⁸

Im klinischen Alltag sollte die autonome Entscheidung von Patientinnen und Patienten sichergestellt und dokumentiert werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS thematisieren unter dem Stichwort *informed consent*, informierte Zustimmung, verschiedene Verfahren zur Aufklärung und Einwilligung von Patientinnen und Patienten.¹¹⁹ Erst die dokumentierte informierte Zustimmung zu Diagnostiken und Therapien legitimiert eine jede ärztliche Behandlung.

BEAUCHAMP und CHILDRESS orientieren sich in ihrer Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie an der Fähigkeit von Personen, autonome Entscheidungen zu treffen. Patientinnen und Patienten können temporär oder dauerhaft in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein. Die Entscheidungsunfähigkeit kann generell sein oder sich auf bestimmte Entscheidungen beziehen. BEAUCHAMP und CHILDRESS führen in ihrer ethischen Theoriebildung das Konzept der Kompetenz ein, um die autonome Entscheidungsfähigkeit von Personen zu beurteilen. Kompetenz zur Entscheidungsfindung setzt für BEAUCHAMP und CHILDRESS die Fähigkeit voraus, notwendige Informationen zu verstehen, diese Informationen vor dem Hintergrund der eigenen Werte und Überzeugungen zu beurteilen, die Folgen von Entscheidungen abzuschätzen, und die eigene Entscheidung anderen mitzuteilen.¹²⁰ Ihrer Auffassung nach werden Kinder, geistig Behinderte oder Drogenabhängige im Allgemeinen als nur eingeschränkt entscheidungsfähig eingeschätzt. Während BEAUCHAMP und CHILDRESS die unterschiedliche Ausprägung der Entscheidungsfähigkeit von Personen anerkennen, erachten die es im klinischen Alltag aus pragmatischen Gründen für notwendig, eine klare Grenze zwischen Kompetenz und Inkompetenz für bestimmte Entscheidungen festzu-

¹¹⁸ MICHEL FOUCAULT geht in seiner Analyse von Machtausübung in modernen Gesellschaften von einer Transformation von Machtpraktiken aus. Machtausübung geschehe nicht mehr nur durch Gebote, Verbote und direkte Einwirkung auf die Mitglieder einer Gesellschaft durch einen Souverän (sei es nun eine Einzelperson, eine kleine Gruppe von Personen oder eine Institution), sondern durch verschiedene Disziplinartechnologien. Deren Wirkung entfalte sich durch eine Verschränkung von Macht und Wissen und durchlaufe die gesamte Gesellschaft. Disziplinierungsmacht vollziehe sich durch die Verbreitung von Wissen und Normen. Mittels Technologien wie Überwachung, normierender Sanktion und Prüfung werde ein Individuum geschaffen, das sich schließlich permanent selbst beobachtet und in das bestehende normative System integriert (vgl. FOUCAULT 1976, 220ff.; SEIER 2001, 94-105).

¹¹⁹ Informierte Zustimmung, *informed consent*, wird zumeist in Form von Einwilligungserklärungen dokumentiert. Diese formale Zustimmung entspricht in der Praxis jedoch nicht immer den Kriterien autonomer Entscheidungsfindung, da hinreichende Informationsvermittlung und die Überprüfung des Verständnisses im klinischen Alltag oft zu kurz kommen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 143f.).

¹²⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 132-141; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 69-77.

legen.¹²¹ Das Konzept der Kompetenz soll im Gesundheitswesen eine Schwellenfunktion (*gatekeeping function*) wahrnehmen. Es soll helfen, zwischen Personen zu unterscheiden, deren Handlungen und Entscheidungen zu respektieren sind, und Personen, deren Handlungen und Entscheidungen überprüft und eventuell von einem gesetzlichen Stellvertreter getroffen werden müssen. Die stellvertretende Entscheidung ist primär als Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie zu verstehen. Der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten bezüglich der zu treffenden Entscheidung muss eruiert werden. Sofern aus der Lebensgeschichte der Betroffenen schriftliche Erklärungen oder zumindest implizite mündliche Äußerungen gegenüber Familienangehörigen oder Freunden festgestellt werden können, so sollte die Entscheidung im Sinne dieser Willensäußerungen getroffen werden. Als ethische Rechtfertigung dient für diese stellvertretenden Entscheidungen der Respekt vor der Autonomie der Person im Sinne einer angenommenen personellen Kontinuität. Wenn keine persönliche Präferenz der entscheidungsunfähigen Patientin oder des Patienten zu ermitteln ist oder wenn es sich um Neugeborene oder Kleinkinder handelt, die noch nie zu einer verbalen Willensäußerung fähig waren, so kann die stellvertretende Entscheidung nicht unter Berufung auf das Prinzip des Respekts vor Autonomie getroffen werden. Sie muss dann im Sinne des *best interest standard* getroffen werden und sich am angenommenen größten Nutzen für die Patientin oder den Patienten orientieren. Eine solche stellvertretende Entscheidung stellt für BEAUCHAMP und CHILDRESS keine Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie dar, sondern fällt unter den Geltungsbereich des Prinzips des Nichtschadens (siehe 2.1.4).¹²²

In der Spezifizierung des Konzeptes der Kompetenz bei BEAUCHAMP und CHILDRESS zeigen sich m. E. deutliche Parallelen zur Spezifizierung von Verständnis als Kriterium autonomer Entscheidungsfindung. In beiden Spezifizierungen werden Verständnis von Informationen, Folgenabschätzung und Urteilsfähigkeit thematisiert. Obwohl BEAUCHAMP und CHILDRESS ein graduelles Autonomiekonzept vertreten, soll mit dem Konzept der Kompetenz eine klare Grenze zwischen autonomen und nicht autonomen Entscheidungen gezogen werden. Beide Ansprüche stehen in einem Widerspruch zuein-

¹²¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 135ff. ALLAN BUCHANAN und DAN BROCK vertreten ein Konzept von Kompetenz, bei dem je nach Tragweite der Entscheidungen unterschiedlich strenge Kriterien zur Beurteilung der Kompetenz für diese Entscheidungsfindung angelegt werden. Ein solches Konzept wird *sliding scale strategy* genannt. BEAUCHAMP und CHILDRESS lehnen ein solches Konzept aufgrund schlechter Handhabbarkeit ab.

ander. Meiner Meinung nach versuchen BEAUCHAMP und CHILDRESS, durch die Einführung des Konzeptes der Kompetenz die Spannung aufzulösen, die aus der Analyse resultiert, dass die Grenzen zwischen Fähigkeit und Unfähigkeit zu autonomer Entscheidungsfindung fließend und nicht immer klar zu bestimmen sind, im klinischen Alltag aber aus pragmatischen Gründen klare Grenzen gezogen werden müssen. Das Grundproblem, den Geltungsbereich des Prinzips des Respekts vor Autonomie innerhalb eines Spektrums von graduellen Unterschieden als klare Grenze definieren zu müssen, wird durch den Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht gelöst, sondern lediglich auf die Begriffsebene verschoben.

BEAUCHAMP und CHILDRESS orientieren sich in ihrer Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie an der aktuellen Fähigkeit von Personen zur autonomen Entscheidungsfindung, weil diese für sie die größte Relevanz für den klinischen Alltag besitzt. Mit dieser Spezifizierung wird Autonomie als eine empirische, deskriptive Fähigkeit verstanden. Entscheidungen von Menschen, die diese empirischen Kriterien (Verständnis, Urteilkraft, Kommunikationsfähigkeit) nicht erfüllen, fallen nicht in den Geltungsbereich des Prinzips des Respekts vor Autonomie. THEDA REHBOCK kritisiert dieses rein empirisch-deskriptive Verständnis von Autonomie. Für sie bedeutet Respekt vor Autonomie nicht der Respekt vor Entscheidungen, sondern der Respekt vor Personen, die Subjekte einer Lebensgeschichte sind, Identität, Individualität und Einzigartigkeit besitzen. Autonomie versteht sie im Sinne einer anthropologischen Grundbedingung. Diese sei nicht an aktuelle Qualitäten der Person gebunden, sondern schließe alle Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur menschlichen Lebensform mit ein. Die Forderung nach Achtung der Autonomie hat für sie unbedingte Geltung und kann nicht, wie bei BEAUCHAMP und CHILDRESS, im Sinne eines *prima facie* gültigen Prinzips verstanden werden, das durch andere vorrangige Prinzipien außer Kraft gesetzt werden kann.¹²³ BEAUCHAMP und CHILDRESS grenzen sich in ihrer ethischen Theorie jedoch klar von absoluten Geltungsansprüchen ethischer Normen ab und verweisen auf die notwendige situative Spezifizierung von Normen. Somit muss ihrem Verständnis nach auch das Prinzip des Respekts vor Autonomie in konkreten Entscheidungssituationen in einen Abwägungsprozess gegen andere Prinzipien eingebunden werden.¹²⁴ Die

¹²² Zu den Rahmenbedingungen der Entscheidungsfindung durch gesetzliche Vertreter siehe BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 170-180; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 98-103.

¹²³ Vgl. REHBOCK 2005, 312-336.

¹²⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 33f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 14f.

Spezifizierung von Autonomie durch BEAUCHAMP und CHILDRESS ist primär an der praktischen Anwendbarkeit im Gesundheitswesen orientiert und verfolgt nicht den Anspruch, eine anthropologische Grundlegung vorzunehmen.

Das Prinzip des Respekts vor Autonomie spezifizieren BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem ethischen Entwurf als Anerkennung der autonomen Entscheidungen und Handlungen anderer Personen. Für Patientinnen und Patienten schließt es das Recht auf Selbstbestimmung und die eigenständige Wahl von Therapieformen und behandelnden Personen ein. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet es eine Verpflichtung zu Information und Wahrhaftigkeit, zur Aufklärung über Behandlungen und zur Einholung der Zustimmung zu diesen. BEAUCHAMP und CHILDRESS verstehen das Prinzip des Respekts vor Autonomie nicht nur als respektvolle Haltung gegenüber bereits getroffenen Entscheidungen. Es stellt gleichzeitig eine ärztliche Verpflichtung dar, die Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsfindung bei Patientinnen und Patienten zu fördern. In dieser Hinsicht fordert das Prinzip des Respekts vor Autonomie zu respektvollem Handeln auf.¹²⁵

2.1.4 Das Prinzip des Nichtschadens

Das Prinzip des Nichtschadens (*nonmaleficence*) definieren BEAUCHAMP und CHILDRESS als Verpflichtung, anderen Personen nicht willentlich Schaden zuzufügen.¹²⁶ Eine solche Verpflichtung ist bereits im hippokratischen Eid niedergelegt: „Schädigung und Unrecht aber (werde ich) von ihnen (Patientinnen und Patienten) abwehren.“¹²⁷ Das Prinzip des Nichtschadens und das Prinzip des Wohltuns (die Verpflichtung anderen Personen Gutes zu tun) ähneln sich in ihren Geltungsbereichen. Aus diesem Grund fasst WILLIAM FRANKENA beide Verpflichtungen in seiner ethischen Theorie zu einem

¹²⁵ “To respect an autonomous agent is, at minimum, to acknowledge that person’s right to hold views, to make choices, and to take actions based on personal values and beliefs. Such respect involves respectful *action*, not merely a respectful *attitude*. It also requires more than obligations of nonintervention in the affairs of persons, because it includes obligations to maintain capacities for autonomous choice in others while allaying fears and other conditions that destroy or disrupt their autonomous actions” (BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 125).

¹²⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 189; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 113.

¹²⁷ LICHTHENTHAELER 1984, 19. siehe auch 2.1.1.

einzigem Prinzip zusammen.¹²⁸ BEAUCHAMP und CHILDRESS differenzieren jedoch in ihrer ethischen Theorie zwischen dem Prinzip des Nichtschadens und dem Prinzip des Wohltuns, weil sich ihrer Meinung nach die Qualitäten der beiden Prinzipien deutlich unterscheiden. Das Prinzip des Nichtschadens beinhalte vor allen Dingen negative Pflichten (die Verpflichtung, bestimmte Handlungen zu unterlassen). Das Prinzip des Wohltuns beinhalte vor allen Dingen positive Pflichten (die Verpflichtung, bestimmte Handlungen vorzunehmen).¹²⁹

Um das Prinzip des Nichtschadens zu spezifizieren, muss zunächst eine Definition des Begriffs des Schadens vorgenommen werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS konzentrieren sich in ihrem ethischen Ansatz auf Schädigungen im physischen Sinne, auf Behinderungen, Schmerzen, Krankheiten bis hin zum Tod. Beeinträchtigungen des psychischen Befindens, von finanziellen und anderen Interessen erkennen sie ebenfalls als Schädigungen an, machen sie aber nicht zum Gegenstand ihrer Reflexion. Die Eingrenzung der Spezifizierung auf Schäden im physischen Sinne blendet meiner Meinung nach wichtige Dimensionen von Gesundheit aus. Gesundheit und Wohlbefinden sind sinnvollerweise als ein Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Faktoren zu begreifen.¹³⁰ Die Wechselbeziehungen zwischen physischen und finanziellen Schäden, zwischen psychischen Beeinträchtigungen und sozialer Ausgrenzung können in dem Konzept von BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht reflektiert werden.¹³¹ Eine Definition von Schaden, die sich allein auf die Ebene individueller physischer Beeinträchtigungen konzentriert, kann strukturelle Einflüsse und indirekte Schädigungen nicht ausreichend benennen und analysieren.

Der Fokus von BEAUCHAMPS und CHILDRESS' Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens sind ethische Konfliktfelder, die im Zusammenhang mit dem intendierten, aktiv verursachten oder zumindest in Kauf genommenen Tod von Patientinnen und Patienten entstehen.¹³² *Prima facie* ist der verursachte oder in Kauf genommene Tod von Patientinnen und Patienten mit dem Prinzip des Nichtschadens nicht vereinbar.¹³³

¹²⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 190; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 114.

¹²⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 190-193; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 114-116.

¹³⁰ So jedenfalls definiert auch die WHO Gesundheit.

¹³¹ Eine physische Schädigung kann finanzielle Schäden nach sich ziehen, wenn beispielsweise die Berufsausübung beeinträchtigt wird. Finanzielle Schädigung kann ein höheres Risiko für physische Erkrankungen bewirken, denn statistisch gesehen ist Armut ein Gesundheitsrisiko.

¹³² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 193; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 116f.

¹³³ BEAUCHAMP und CHILDRESS lehnen traditionelle Differenzierungen von Behandlungsentscheidungen am Lebensende in Vorenthaltung oder Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen oder in künstliche

BEAUCHAMP und CHILDRESS formulieren in ihrem Ansatz jedoch Voraussetzungen, unter denen das Prinzip des Nichtschadens begründet außer Kraft gesetzt und der Tod von Patientinnen und Patienten in Kauf genommen werden kann. Solche Voraussetzungen können gegeben sein, wenn kein sinnvolles Therapieziel mehr formuliert werden kann, die Patientin oder der Patient eine Verlängerung des Lebens nur noch als eine Verlängerung von Leiden empfindet oder eine Therapie zur Verbesserung der Lebensqualität (z.B. Schmerztherapie) eine Verkürzung der Lebensdauer zur Folge hat.¹³⁴ Unter solchen Bedingungen könne eine Entscheidung zur Nichtbehandlung oder zum Entzug von Behandlungen gefällt werden, die jedoch einer sorgfältigen Abwägung und guten ethischen Rechtfertigung bedürfe. Die Art der Behandlung ist für BEAUCHAMP und CHILDRESS für die ethische Bewertung nicht von entscheidender Bedeutung, sondern die ethische Begründung für die Auswahl gerade dieser Behandlung bzw. Nichtbehandlung.

„Rightness and wrongness depend on the merit of the justification underlying the action, not on the type of action it is.“¹³⁵

Kriterien in dem ethischen Abwägungsprozess sollten die Rechte und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten sein. Kosten, mögliche Risiken und Verminderung der Lebensqualität sollten gegen den möglichen Nutzen für die Patientin oder den Patienten abgewogen werden. Wenn die positiven Effekte einer Behandlung oder Nichtbehandlung die negativen Effekte überwiegen würden, so können die negativen Effekte in Kauf genommen werden. Die negativen Effekte seien dann nicht intendiert, sondern würden als unvermeidbar akzeptiert.¹³⁶

Ernährung oder medizinische Therapien ab, weil sowohl der Nichtbeginn als auch der Abbruch einer Behandlung, sowohl die Unterlassung von künstlicher Ernährung als auch von medizinischen Therapien den Tod von Patientinnen und Patienten zur Folge haben können. Da die Konsequenzen all dieser Handlungen dieselben sein können, sind die traditionellen Differenzierungen für BEAUCHAMP und CHILDRESS moralisch irrelevant auch wenn sie auf einer emotionalen Ebene verständlich sind. Den meisten Behandelnden fällt es schwerer, eine bereits begonnene Therapie abubrechen, als sie gar nicht erst zu beginnen. Entzug von lebenserhaltenden Maßnahmen wie beispielsweise künstliche Ernährung wird als belastender empfunden als der Entzug medikamentöser Behandlung (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 196-206; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 119-128).

¹³⁴ BEAUCHAMP und CHILDRESS gehen in ihren Ausführungen sogar soweit, aktive Euthanasie unter strengdefinierten Bedingungen als Teil der Sorge von Behandelnden um das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten zu verstehen. Aktive Euthanasie könne verantwortliches Handeln sein, sie sollte für Behandelnde jedoch niemals verpflichtend sein (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 241). Auf die Begründung dieser Haltung näher einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

¹³⁵ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 225.

¹³⁶ Für Behandlungen, die sowohl positive wie negative Effekte beinhalten, sind in der *rule of double effect* (RDE) Richtlinien formuliert worden. Solche Behandlungen sind dann moralisch zulässig, wenn 1. lediglich die positiven Effekte intendiert sind und die negativen lediglich vorausgesehen und zugelassen

BEAUCHAMP und CHILDRESS gehen in ihrer Spezifizierung davon aus, dass es nach Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken neben möglichen und verpflichtenden Behandlungen auch eine Pflicht zur Nichtbehandlung geben könne. Eine Verpflichtung zur Nichtbehandlung bestünde, wenn die Behandlungen aus der medizinischen Perspektive sinnlos erscheinen: Darunter fielen Behandlungen, die 1. nur mit einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung erzielen, 2. nahezu sicher nur eine unwesentliche Verbesserung des Zustandes erzielen, 3. mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr Lasten als Nutzen für die Patientin oder den Patienten bedeuten, und 4. spekulativ und nicht erprobt sind. Nur wenige Behandlungen fallen zweifelsfrei unter diese Kategorie. BEAUCHAMP und CHILDRESS empfehlen, für mögliche und verpflichtende Diagnostiken und Therapien Richtlinien bezüglich deren medizinischer Sinnhaftigkeit festzulegen.¹³⁷

Bei der Unterscheidung in mögliche und verpflichtende Behandlungen und verpflichtende Nichtbehandlung hat das Kriterium der Verbesserung der Lebensqualität für BEAUCHAMP und CHILDRESS einen hohen Stellenwert. Sie erkennen die Schwierigkeiten in der Definition des Begriffes der Lebensqualität an, die sich aufgrund von Unsicherheiten in Diagnose und Prognose von Erkrankungen ergeben. Dennoch halten sie Lebensqualität für hinreichend präzisierbar, um Entscheidungen über Behandlungen oder Nichtbehandlung zu treffen, selbst wenn mit diesen Entscheidungen der in Kauf genommene Tod der Betroffenen einhergeht.¹³⁸ Besonders konfliktbeladen seien solche Entscheidungen, wenn sie schwer kranke oder behinderte Feten, Neugeborene oder Kleinkinder betreffen, deren eigene Einschätzung der Lebensqualität nicht eruiert und auch aus ihrer Lebensgeschichte nicht abgeleitet werden könne. In diesen Fällen gebiete die Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens eine Entscheidung im Sinne des *best interest standards*, d.h. unter Berücksichtigung dessen, was vernünftige Personen als größtmögliche Verbesserung der Lebensqualität und größtmöglichen Nutzen für diese Feten oder Neugeborene erachten würden. Die Beurteilung von Lebensqualität

werden, nicht aber intendiert sind, 2. die negativen Effekte nicht die Mittel sind, um die positiven Effekte zu erreichen, und 3. die positiven Effekte gegenüber den negativen Effekten überwiegen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 206-211; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 128-132; BOYLE 1991, 475ff.).

¹³⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 211-219; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 133-139. BEAUCHAMP und CHILDRESS unterscheiden drei verschiedene Kategorien: 1. verpflichtende Behandlung (es wäre moralisch falsch, nicht zu behandeln), 2. mögliche Behandlung (die Behandlung ist weder gefordert noch verboten bzw. hat keinen verpflichtenden Charakter), und 3. verpflichtende Nichtbehandlung (es wäre falsch zu behandeln).

¹³⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 215f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001; 136f.

dürfe in solchen Situationen weder an willkürliche individuelle Einschätzungen noch an den sozialen Wert einer Person gebunden werden. Sie sollte sich nicht an den individuellen Bedürfnissen und Interessen der sie Betreuenden oder Behandelnden orientieren, sondern an dem, was aus vernünftigen Erwägungen heraus als größtmöglicher Nutzen für die betroffenen Feten oder Neugeborene angenommen werden kann.¹³⁹

„... the most appropriate standard in cases of never-competent patients, including seriously ill newborns, is that of best interests, as judged by the best obtainable estimate of what reasonable persons would consider the highest net benefit among the available options. Such quality-of-life judgements need to be restricted by justifiable criteria of benefits and burdens, so that quality of life is not reduced to arbitrary and partial judgements of personal preference or the social worth of a child.“¹⁴⁰

Diese Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens weist zwei Probleme auf. Der Verweis auf die Entscheidungspräferenz vernünftiger Personen in den entsprechenden Situationen ist meiner Meinung nach zu unbestimmt, um als ethische Rechtfertigung für Entscheidungen mit dieser Tragweite auszureichen. Die Deutung von Lebensqualität ist in einem Ausmaß individuell und von sozialen Beziehungen und psychologischen Faktoren abhängig, dass sie nicht allgemein bestimmt werden kann. Der Verweis auf Rationalität und vernünftige Erwägungen ist in dieser Hinsicht nicht ausreichend, weil er wesentliche Dimensionen von Lebensqualität nicht mit einbezieht. Zu bedenken ist ferner, wie im Hinblick auf Feten oder Neugeborene Einschätzungen von Lebensqualität und Entscheidungen getroffen werden sollen, die nicht von den persönlichen Einschätzungen der Eltern und der Behandelnden geprägt sind und ob dieses überhaupt wünschenswert wäre. Diese Probleme werden in Hinblick auf die Analyse der Präimplantationsdiagnostik unter der Perspektive des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS zu diskutieren sein (siehe 3.2.1.2).

2.1.5 Das Prinzip des Wohltuns

Das Prinzip des Wohltuns beinhaltet für BEAUCHAMP und CHILDRESS die moralische Verpflichtung, das Wohl anderer Personen und ihre wichtigen und berechtigten Inte-

¹³⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 218; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 139. Eine stellvertretende Entscheidung im Sinne einer Beauftragung durch eine zuvor autonome Person scheidet hier als Modell der Entscheidungsfindung aus. Es kann lediglich versucht werden, im besten Interesse der Betroffenen zu entscheiden.

¹⁴⁰ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 218.

ressen zu fördern. Im Gegensatz zum Prinzip des Nichtschadens enthalte das Prinzip des Wohltuns nicht nur Forderungen zur Unterlassung schädigender Handlungen, sondern verpflichte zu aktivem Handeln zum Wohlergehen anderer. Der Geltungsbereich des Prinzips Wohltuns umfasst für BEAUCHAMP und CHILDRESS nur solche Entscheidungen und Handlungen, die als moralisch verpflichtend angesehen werden müssen.¹⁴¹

Die Pflicht zur Förderung des Wohls anderer Personen unterteilen BEAUCHAMP und CHILDRESS in allgemeine Fürsorgepflichten, die gegenüber allen Menschen gleichermaßen bestehen, und spezifische Fürsorgepflichten. Unter spezifischen Fürsorgepflichten verstehen sie Verpflichtungen, die nur gegenüber bestimmten Personengruppen wie Kindern, Freundinnen und Freunden, Patientinnen und Patienten usw. bestehen. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen erkennen BEAUCHAMP und CHILDRESS nur wenige Zuwendungen, die unter die allgemeine Fürsorgepflicht fallen, als moralisch verpflichtend an. Dazu zählen für sie Handlungen, die eine erhebliche Gefahr für Leben oder Gesundheit einer anderen Person abwenden. Diese seien nur dann verpflichtend, wenn durch die Handlung die Gefahr mit großer Wahrscheinlichkeit abgewendet werden könne, und der Nutzen für die hilfsbedürftige Person die möglichen Kosten, Lasten und Schädigungen der handelnden Person überwögen. Eine weitergehende Auslegung der allgemeinen Fürsorgepflicht im Sinne einer moralischen Verpflichtung lehnen BEAUCHAMP und CHILDRESS ab, da sie zu einer Überforderung führen würde. Andere Handlungen könnten zwar moralisch lobenswert, nicht aber moralisch verpflichtend sein. Eine spezifische Fürsorgepflicht entstehe entweder aufgrund besonderer Beziehungen von Menschen untereinander (innerhalb der Familie oder Freundschaften) oder aufgrund besonderer Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen (z.B. gegebene Versprechen, abgeschlossene Verträge, professionelle bzw. institutionelle Verpflichtungen). Moralische Verpflichtungen innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung fallen für BEAUCHAMP und CHILDRESS unter den Geltungsbereich der spezifischen Fürsorgepflicht.¹⁴² BEAUCHAMP und CHILDRESS begründen allgemeine und spezifische Fürsorgepflichten mit dem Argument der Reziprozität. Diese Form der Begründung geht auf DAVID HUME zurück und beinhaltet die Forderung nach Erstattung einer angemessenen Gegenleistung. Personen sollen als Gegenleistung für die Vorteile, die sie durch die Gesellschaft erhalten, einen adäquaten Teil zum Erhalt der Gemeinschaft

¹⁴¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 259f; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 166.

¹⁴² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 263-271; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 168-176.

beitragen. Das Konzept der Reziprozität begründet für BEAUCHAMP und CHILDRESS Fürsorgepflichten sowohl in allgemeinen als auch in spezifischen Beziehungen. Ärztinnen und Ärzte erhielten durch die Gesellschaft viele Vorteile (Ausbildung, Ansehen, Möglichkeit zur beruflichen Tätigkeit und Forschung). Medizinische Fürsorgepflicht resultiere deshalb nicht nur, wie oft fälschlich behauptet, aus Menschenliebe und Altruismus, sondern sei auch in der Verpflichtung zur Gegenleistung gegenüber der Gesellschaft und den Patientinnen und Patienten begründet.¹⁴³

BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizieren das Prinzip des Wohltuns unter den Gesichtspunkten der Förderung (*positiv beneficence*) und der Nützlichkeit (*utility*). Nützlichkeit verstehen sie nicht als Prinzip im utilitaristischen Sinne (als alleiniges oder zumindest wichtigstes Prinzip), sondern als Abwägung von Kosten, Risiken und Nutzen. Kosten definieren sie als diejenigen Ressourcen, die aufgewendet werden müssen, um einen Nutzen zu erzielen. Außerdem zählen dazu die negativen Effekte, die mit der Erzielung des Nutzens einhergehen. Der Begriff Risiko bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung aufgrund einer Handlung sowie auf die Schwere der Schädigung. Als Nutzen definieren BEAUCHAMP und CHILDRESS Güter wie Gesundheit oder Lebensverlängerung. Bei der Analyse einer Lebensverlängerung sei sowohl der absolute Gewinn an Lebenszeit wie auch die Qualität der verlängerten Lebenszeit zu bedenken, wie sie im Modell der *Quality-Adjusted Life-Years* (QALYs) ausgedrückt ist. BEAUCHAMP und CHILDRESS beziehen sich in der Analyse der Nützlichkeit vor allen Dingen auf die quantitativen Methoden der Kosten-Nutzen-Analyse (CBA = *cost-benefit-analysis*), der Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA = *cost-effectiveness-analysis*) und der Risiko-Nutzen-Analyse (RBA = *risk-benefit-analysis*).¹⁴⁴ Diese Methoden stellen rein formale Kriterien zur Beurteilung unterschiedlicher Therapieformen dar. Sie konzentrieren sich im Wesentlichen auf Kosten im finanziellen Sinne und auf Nutzen in Sinne von Lebensverlängerung oder QALYs. Nichtquantifizierbare Güter wie Wohlbefinden oder Verwirklichung von Lebenszielen lassen sich mit ihnen schwer erfassen. Als Beispiel hierfür führen BEAUCHAMP und CHILDRESS Silikonimplantate der Brust aus kosmetischen Gründen an. Bei einer Risiko-Nutzen-Analyse im strengen Sinne seien als Risiko die möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Frauen wie Kapselfibrose und erschwerte Krebsfrüherkennung zu werten. Als Nutzen könnte keine

¹⁴³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 269-271; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 173-176.

¹⁴⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 292ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 194-214.

Lebensverlängerung und auch keine Gesundheitsförderung (im Sinne einer Schmerzreduktion oder Verbesserung von Körperfunktionen) geltend gemacht werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS sprechen sich dennoch für die Zulassung von Silikonimplantaten aus kosmetischen Gründen aus. Die Verbesserung des Körperempfindens und Wohlbefindens der Frauen sei zwar nicht quantifizierbar, müsse jedoch in die Kalkulation des Nutzens und die Bewertung der Risiko-Nutzen-Analyse miteinbezogen werden. Silikonimplantate aus kosmetischen Gründen seien somit zu rechtfertigen.¹⁴⁵ BEAUCHAMP und CHILDRESS erkennen bei den formalen Methoden der Kosten-Nutzen-Analyse, der Kosten-Effektivitäts-Analyse und der Risiko-Nutzen-Analyse zwar die Gefahr der Unterbewertung nichtquantifizierbarer Güter. Diese Methoden stellen für sie dennoch eine sinnvolle Hilfe zur Abwägung von unterschiedlichen Vorgehensweisen und Behandlungsformen dar. Das Konzept der Nützlichkeit bildet für BEAUCHAMP und CHILDRESS ein wichtiges Korrektiv zur Kategorie der Förderung. Es dient dazu, Diagnostiken und Therapieformen zu bestimmen, die als moralisch verpflichtend angesehen werden müssen.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 204-206.

¹⁴⁶ In ihrer Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns widmen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS auch ausführlich Entscheidungskonflikten, die in der biomedizinethischen Diskussion unter dem Stichwort "Paternalismus" thematisiert werden. Der Begriff Paternalismus bedeutet väterliche Herrschaft und wird hergeleitet von der Art der Leitung und der Fürsorge für eine Hausgemeinschaft, wie sie in früheren Zeiten durch die Rolle des Vaters ausgeübt wurde. Im Gesundheitswesen werden unter Paternalismus ärztliche Entscheidungen und Behandlungen verstanden, die zum Wohl von Patientinnen und Patienten ohne deren Zustimmung oder sogar gegen deren erklärten Willen durchgeführt werden (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 272-286; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 176-190; RICHTER 1992, 28-30; SCHÖNE-SEIFERT 1996, 572f.). BEAUCHAMP und CHILDRESS unterscheiden eine schwache und eine starke Form des Paternalismus. Bei der schwachen Form des Paternalismus sei eine paternalistische Intervention nur in den Fällen gerechtfertigt, in denen eine Person substantiell in ihrer autonomen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist, z.B. aufgrund von inadäquater Information, schwerer Depression, Abhängigkeiten usw. Die starke Form des Paternalismus beinhaltet das Eingreifen in die autonomen Entscheidungen und Handlungen von Personen und sei nur zu rechtfertigen, wenn 1. Patientinnen und Patienten dem Risiko einer erheblichen, aber vermeidbaren Schädigung ausgesetzt sind, 2. diese Schädigung durch die paternalistische Intervention abgewendet werden kann, 3. der erwartete Nutzen für die Patientin oder den Patienten größer ist als die Risiken bzw. die Schädigung durch die Nichtbeachtung des Willens der Patientin oder des Patienten, und 4. diejenige Handlungsalternative gewählt wird, die die Autonomie der Patientinnen und Patienten am wenigsten einschränkt. Aufgrund der Gefahren des Missbrauchs, die eine starke Form des Paternalismus beinhaltet, sprechen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS gegen institutionelle Regelungen auf dieser Grundlage aus. Sie rechtfertigen lediglich einzelne stark paternalistische Handlungen.

Auf die Erwägungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS zur Paternalismusproblematik soll in diesem Kapitel nicht ausführlicher eingegangen werden, da sie für die ethische Beurteilung der Einführung der PGD keine Rolle spielen. Die in der aktuellen Diskussion vorgeschlagenen Richtlinien zur Durchführung einer PGD setzen die erklärte, informierte Zustimmung des betroffenen Paares unabdingbar voraus.

2.1.6 Das Prinzip der Gerechtigkeit

BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizieren das Prinzip der Gerechtigkeit unter den Gesichtspunkten der Fairness und der Verteilungsgerechtigkeit.¹⁴⁷ Fairness bedeutet für sie die gleichwertige Behandlung von Personen mit gleichem Status bzw. gleichen Eigenschaften. In ihrer Auslegung des Begriffs der Fairness beziehen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS vor allen Dingen auf JOHN RAWLS Theorie der fairen Möglichkeiten, der *fair-opportunity rule*. Diese besagt, dass keine Person aufgrund von Eigenschaften bevorzugt oder benachteiligt werden darf, die sie durch Zufall und nicht durch eigene Verantwortung erhalten hat und zu deren Veränderung die Person nichts beitragen kann.¹⁴⁸ Unter diese Eigenschaften fallen Geschlecht, Rasse, Nationalität, soziale Schicht der Herkunftsfamilie etc. Für die Zufälligkeit der Verteilung solcher Eigenschaften wurde die Metapher der „Lotterie des Lebens“ geprägt.

„The fair-opportunity-rule says that no persons should be granted social benefits on the basis of undeserved advantageous properties (because no persons are responsible for having these properties) and that no persons should be denied social benefits on the basis of undeserved disadvantageous properties (because they are also not responsible for these properties). Properties distributed by the lotteries of social and biological life are not grounds for morally acceptable discrimination between persons if they are not properties that people have a fair chance to acquire or overcome....

The fair-opportunity rule requires that persons be given a fair chance in life when their disadvantageous are not of their making.“¹⁴⁹

Eine Ungleichbehandlung von Personen ist demnach nur aufgrund von Eigenschaften zu rechtfertigen, die im Verantwortungsbereich der Personen liegen.¹⁵⁰

Das Prinzip der fairen Möglichkeiten nach RAWLS hat neben der antidiskriminatorischen eine kompensatorische Dimension. Es fordert eine Umverteilung von Gütern, um ungerechtfertigte Nachteile auszugleichen und eine Chancengleichheit aller herzustellen. Beispielsweise sollen Nachteile aufgrund von sozialer Herkunft (geringere

¹⁴⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 327; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 226.

¹⁴⁸ „Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten sollten ähnliche Lebenschancen haben. Genauer: Man geht von einer Verteilung der natürlichen Fähigkeiten aus und verlangt, dass Menschen mit gleichen Fähigkeiten und gleicher Bereitschaft, sie einzusetzen, gleiche Erfolgsaussichten haben sollen, unabhängig von ihrer anfänglichen gesellschaftlichen Stellung. In allen Teilen der Gesellschaft sollte es für ähnlich Begabte und Motivierte auch einigermaßen ähnliche kulturelle Möglichkeiten und Aufstiegschancen geben. Die Aussichten von Menschen mit gleichen Fähigkeiten und Motiven dürfen nicht von ihrer sozialen Schicht abhängen.“ RAWLS 1988, 93.

¹⁴⁹ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 341-342.

¹⁵⁰ RAWLS tritt nicht für eine absolute Gleichverteilung von Gütern ein. Seiner Meinung nach können soziale und ökonomische Ungleichheiten gerechtfertigt werden, wenn diese Ungleichheiten zum Vorteil für die am wenigsten begünstigten Mitglieder einer Gesellschaft dienen, und wenn sie an Ämter und Positionen gebunden sind, die allen prinzipiell offen stehen (vgl. RAWLS 1988, 81; POGGE 1994, 93f.; KOLLER 1998, 54).

Bildungschancen, geringere berufliche Aufstiegschancen) durch stärkere Investitionen in die Ausbildung der Unterschicht behoben werden.¹⁵¹ Gerechtigkeit im Sinne RAWLS hieße nicht nur, gleiche Güter für alle bereitzustellen, sondern die benachteiligten in besonderem Maße zu fördern.¹⁵²

RAWLS Theorie der fairen Möglichkeiten begründet für BEAUCHAMP und CHILDRESS einen allgemeinen gesellschaftlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung. Eine Gemeinschaft sollte die Grundbedürfnisse ihrer Mitglieder sichern, zu denen neben der Versorgung mit Nahrungsmitteln, Behausung, Infrastruktur, Ausbildung usw. auch die Versorgung im Krankheitsfall und Präventivmaßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten gehören. Dem Prinzip der fairen Möglichkeiten zufolge sei es die Aufgabe einer Gemeinschaft, ungerechtfertigte Benachteiligungen auszugleichen. Die meisten Verletzungen, Krankheiten und Behinderungen seien unvorhersehbar und lägen außerhalb der Kontrolle der Betroffenen.¹⁵³ Sie bedeuteten für die Betroffenen eine erhebliche Einschränkung und Benachteiligung im gesellschaftlichen Leben und sollten deshalb behandelt werden.

„The rule of fair opportunity asserts that collective moral obligation exist to provide health care at the level needed for persons to receive as fair a chance in life as possible.“¹⁵⁴

Nicht jede Verletzung, Krankheit und Behinderung könne voll kompensiert werden und nicht immer sei eine Chancengleichheit mit den gesunden Mitgliedern der Gemeinschaft wiederherzustellen, aber die Beeinträchtigungen sollten soweit wie möglich gelindert werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit diskutieren BEAUCHAMP und CHILDRESS die Art und den Umfang der Leistungen und Güter, auf die Personen in einer

¹⁵¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 341-348; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 235-239.

¹⁵² „Da nun Ungleichheiten der Geburt und der natürlichen Gaben unverdient sind, müssen sie irgendwie ausgeglichen werden. Das Prinzip besagt also, wenn alle Menschen gleich behandelt werden sollen, wenn wirkliche Chancengleichheit herrschen soll, dann müsse sich die Gesellschaft mehr um diejenigen kümmern, die mit weniger natürlichen Gaben oder in weniger günstige gesellschaftliche Positionen geboren werden. Der Gedanke ist der, die zufälligen Unterschiede möglichst auszugleichen.“ RAWLS 1988, 121. Vgl. zum Thema Chancengleichheit auch RAWLS 1988, 81f., 93-95; KOLLER 1998, 53f.

¹⁵³ Die Frage, ob durch bewusstes, risikohaftes Verhalten wie beispielsweise Rauchen der Anspruch auf Versorgung im Falle möglicher Folgeerkrankungen verwirkt wird, wird innerhalb der Biomedizinischen Ethik diskutiert. BEAUCHAMP und CHILDRESS lehnen diesen Verlust eines Versorgungsanspruches aufgrund der Multikausalität von Krankheiten und der schlechten Überprüfbarkeit ihrer Ursachen ab (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 358ff.).

¹⁵⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 352.

Gesellschaft berechnete Ansprüche erheben können.¹⁵⁵ Verteilungsgerechtigkeit bedeutet für sie, die angemessene Verteilung von Nutzen und Lasten in einer Gesellschaft.¹⁵⁶ Die Versorgungsansprüche einzelner Personen durch die Gesellschaft beschränken BEAUCHAMP und CHILDRESS ausdrücklich auf die Sicherung von Grundbedürfnissen. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen bestehe lediglich der Anspruch auf eine grundlegende Gesundheitsversorgung, einem *decent minimum of health care*, nicht auf alle medizinisch möglichen Therapien. Unter die grundlegende Gesundheitsversorgung fallen für sie Präventivmaßnahmen, Erstversorgung, Versorgung von akuten Krankheiten, Grundmedikation von chronischen Erkrankungen und spezielle soziale Versorgungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen.¹⁵⁷ Diese Auslegung des Leistungsumfangs eines öffentlichen Gesundheitssystems durch BEAUCHAMP und CHILDRESS muss sicherlich vor dem Hintergrund der amerikanischen Gesellschaft gesehen werden, in der es keine umfassende, flächendeckende öffentliche Gesundheitsversorgung gibt und die Garantie einer grundlegenden Gesundheitsversorgung bereits ein Fortschritt für viele Menschen bedeuten würde. Im europäischen Kontext wirkt ihre Ablehnung der Finanzierung einer umfassenden Gesundheitsversorgung durch die Solidargemeinschaft unverständlich, da solche Gesundheitssysteme etabliert und akzeptiert sind.¹⁵⁸ BEAUCHAMP und CHILDRESS vertreten eine minimalistische Auslegung eines gerechten Gesundheitssystems. Weitergehende Forderungen nach einem egalitären Gesundheitssystem werden aus dem Bereich des moralisch verpflich-

¹⁵⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 327; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 226. Der Begriff der Verteilungsgerechtigkeit wird unterschieden von anderen Formen der Gerechtigkeit, z.B. judikativen Gerechtigkeit, der Bestrafung von kriminellen Handlungen. Das Konzept der Verteilungsgerechtigkeit spielt in der biomedizinethischen Diskussion besonders in Bezug auf die Verteilung von Ressourcen und die Finanzierung kostenintensiver Therapien eine große Rolle.

¹⁵⁶ Die gerechte Verteilung von Lasten und Nutzen kann sich an verschiedenen Kriterien und Bedingungen orientieren. In utilitaristischen Theorien wird als Verteilungskriterium die Maximierung des Nutzens betont, in liberalen Theorien die eigene Leistung und das eigene Vermögen, in kommunitaristischen Theorien die individuellen Bedürfnisse und in egalitären Theorien die Chancengleichheit (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 334-341; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 230-235).

¹⁵⁷ Eine Finanzierung aller möglichen Therapien für alle Mitglieder einer Gesellschaft ist nach der Ansicht von BEAUCHAMP und CHILDRESS in einem aus öffentlichen Mitteln bzw. von allen getragenen Gesundheitssystem nicht leistbar bzw. nicht zu rechtfertigen. Die dadurch entstehenden Kosten müssten entweder anderen sozialen Sicherungssystemen entzogen werden oder von den Mitgliedern der Gesellschaft aufgebracht werden. Dies hätte die Senkung der allgemeinen Lebensqualität zur Folge, da erhebliche finanzielle Mittel nicht mehr zur Verfolgung persönlicher Ziele eingesetzt werden könnten, sondern in der Versorgung Kranker gebunden wären (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 355-358; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 244-247).

¹⁵⁸ Die Erörterungen zu Kostendämpfung, Rationalisierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen sind jedoch angesichts steigender Kosten auch innerhalb der europäischen Gesundheitssysteme relevant (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 361-386; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 250-272).

tenden in den Bereich der moralisch lobenswerten Mehrleistung verlegt.¹⁵⁹ Diese Spezifizierung von Verteilungsgerechtigkeit durch BEAUCHAMP und CHILDRESS steht im Widerspruch zu ihrer Auslegung von Fairness, in der sie sich auf die Gerechtigkeitstheorie von RAWLS berufen. In RAWLS Theorie der Fairness wird besonders die Förderung von gesellschaftlich Benachteiligten eingefordert. Dieser Aspekt findet in der Spezifizierung der Verteilungsgerechtigkeit von BEAUCHAMP und CHILDRESS keine Beachtung. Menschen aus unteren sozialen Schichten, Menschen anderer Nationalität und Hautfarbe, Frauen und viele andere Gruppen haben einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, ein größeres Risiko fehldiagnostiziert und fehlbehandelt zu werden, und werden mit ihren spezifischen Bedürfnissen in der medizinischen Forschung weniger beachtet. Strategien zur Umverteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen wären nötig, um diesen strukturellen Ungerechtigkeiten entgegenzuwirken. Meiner Meinung nach ist die Präzisierung der Verteilungsgerechtigkeit durch BEAUCHAMP und CHILDRESS innerhalb der Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit nicht schlüssig und in seiner minimalistischen Auslegung vor dem europäischen gesellschaftlichen Kontext nicht angemessen.

2.1.7 Würdigung und Kritik

Der prinzipienethische Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS nimmt innerhalb der biomedizinethischen Diskussion eine herausragende Stellung ein. Die *Principles of Biomedical Ethics* liegen mittlerweile in der fünften Auflage vor, sind in mehrere Sprachen übersetzt und gelten international als Standardwerk.¹⁶⁰ URBAN WIESING hebt im deutschen Kontext besonders die plausible Grundstruktur des ethischen Ansatzes für den klinischen Alltag hervor. Die Orientierung an in der Medizin unumstrittenen Werten und Normen sowie der Verzicht auf ethische Hintergrundtheorien und Letztbegründungen mache den Ansatz für Ärzte handhabbar und attraktiv.¹⁶¹ Die starke Akzeptanz und Verbreitung der Prinzipienethik sowohl innerhalb biomedizinethischer Kommissionen als auch unter klinisch tätigem Personal zeigt, dass es BEAUCHAMP und

¹⁵⁹ Vgl. hierzu auch HOLM 2005, 217-220.

¹⁶⁰ Vgl. DEGRAZIA 1992, 512; LUSTIG 1992, 487; TEN HAVE 1994, 104f.; DAVIS 1995, 85; GUDORF 1994, 164; CLOUSER/GERT 1997, 147; SCHRÖDER 2002, 49; WIESING 2005, 77.

¹⁶¹ Vgl. WIESING 2005, 74-86.

CHILDRESS mit ihrer ethischen Theoriebildung gelungen ist, zwei ihrer grundlegenden Ziele zu verwirklichen. Ihre biomedizinethische Theoriebildung ist für ethische Laien nachvollziehbar. Aufgrund der Interdisziplinarität biomedizinethischer Diskurse ist es ihr Ziel, biomedizinethische Ansätze für Angehörige der Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften, der Biologie und der Gesundheitsberufe verständlich zu machen.¹⁶² Ihre vier Prinzipien mittlerer Reichweite, die Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit, sind für Menschen mit unterschiedlichen Werthintergründen akzeptabel.¹⁶³ Sie sind konsensfähig und können dazu beitragen, trotz unterschiedlicher ethischer Hintergrundüberzeugungen praktische Problemlösungen zu erarbeiten.¹⁶⁴

Auch wenn sich die Prinzipienethik international einer großen Beliebtheit erfreut, so sind immer wieder Kritikpunkte gegen den ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS hervorgebracht worden. Da BEAUCHAMP und CHILDRESS ihre ethische Theoriebildung beständig weiterentwickelt und verändert haben, haben sich auch die Kritikpunkte gewandelt. Zunächst wurde BEAUCHAMP und CHILDRESS von kasuistischen Ethikern wie JOHN ARRAS, STEPHEN TOULMIN und ALBERT JONSEN, von feministischen Ethikerinnen wie CHRISTINE GUDORF, aber auch von Ethikern wie HENK TEN HAVE eine streng deduktive Ausrichtung ihrer ethischen Theoriebildung und eine mangelnde Kontextsensitivität vorgeworfen.¹⁶⁵ Die als starr empfundene Anwendung der vier Prinzipien auf konkrete Situationen veranlasste TOULMIN sogar dazu, von einer Tyrannei der Prinzipien zu sprechen, da diese über die Erfordernisse der realen Situation gestellt würden.¹⁶⁶ Die Charakterisierung der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS als ein Modell deduktiver Ethik beruht sicherlich auf ihrer eigenen Darstellung. In der zweiten Auflage ihres Buches „*Principles of Biomedical Ethics*“ von 1983 definieren sie das Ziel ihrer ethischen Theorie als Anwendung von generellen Prinzipien und Regeln auf konkrete Probleme im Bereich medizinischer Behandlung

¹⁶² Vgl. BEAUCHAMP 2005, 48; RAUPRICH 2005, 16.

¹⁶³ Vgl. RAUPRICH 2005, 15; WIESING 2005, 76. Da die Prinzipien mittlerer Reichweite ausgehend von der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden, generiert werden, sprechen ihnen BEAUCHAMP und CHILDRESS innergesellschaftlich die größte Plausibilität zur Lösung praktischer ethischer Probleme zu (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 102; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376f.).

¹⁶⁴ Die breite Zustimmung zu den Prinzipien mittlerer Reichweite könne bei der Erarbeitung praktischer ethischer Urteile im Rahmen von Kommissionen immer wieder beobachtet werden (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 109-111; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 404f.).

¹⁶⁵ Vgl. ARRAS 1998, 5; GUDORF 1994, 164; TEN HAVE 1994, 105; CHURCHILL 1994, 321; GREEN 1990, 185ff.; DEGRAZIA 1992, 520.

¹⁶⁶ Vgl. TOULMIN 1981, 31ff.

und Forschung.¹⁶⁷ In der 1994 veröffentlichten vierten Auflage grenzen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS jedoch vom deduktiven Verständnis von Ethik ab. Sie ordnen ihren ethischen Entwurf unter den Oberbegriff der praktischen Ethik ein anstatt den Terminus angewandte Ethik zu verwenden, da der Begriff angewandte Ethik als deduktives Modell von Ethik missverstanden werden könnte.¹⁶⁸ Anstelle der einseitigen Anwendung von Prinzipien auf konkrete Fälle, entwickelten sie ein Kohärenzmodell (siehe 2.1.2). Konkrete Fälle sollen aus der Perspektive der vier Prinzipien heraus analysiert werden, um praktische Handlungsanweisungen zu erarbeiten. Die praktischen ethischen Urteile müssen jedoch auf ihre inhaltliche Übereinstimmung mit den intuitiven moralischen Urteilen, den *considered judgements*, hin überprüft werden. Widersprüche und Spannungen müssen zu einer Revision der ethischen Theorie führen. Somit geschieht ethische Reflexion nicht nur einseitig von der Theorie zur Praxis hin, sondern die Praxis wird zur Überprüfung und als Korrektiv zur ethischen Theoriebildung herangezogen. Ziel der ethischen Überlegung ist es, ein kohärentes System zwischen ethischer Theorie, moralischer Intuition und konkretem Einzelfallurteil zu formen.¹⁶⁹ Ein rein deduktives Vorgehen und eine daraus resultierende starre Bindung an theoretische Prinzipien ohne Sensibilität für den spezifischen Kontext kann m.E. der überarbeiteten ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht mehr vorgeworfen werden.

Dem überarbeiteten ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS, wie er in der vierten und fünften Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ dargestellt ist, wird vor allen Dingen eine mangelnde Systematisierung ihrer ethischen Prinzipien und ein daraus resultierender ethischer Relativismus vorgeworfen.¹⁷⁰ Die prominentesten Vertreter dieser Kritik sind die deontologischen Ethiker DANNER CLOUSER und BERNARD GERT. Sie kritisieren am prinzipienorientierten Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS, 1. dass er keine ausgearbeitete Moraltheorie sei, 2. dass das Verhältnis der Prinzipien untereinander nicht klar strukturiert sei, und 3. dass sich aus dieser ethischen Theorie keine klaren Handlungsanweisungen ableiten ließen und sie somit für die praktische Anwendung unbrauchbar sei.¹⁷¹

¹⁶⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1983, ix-x; TEN HAVE 1994, 105.

¹⁶⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 4.

¹⁶⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 4; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 401; LUSTIG 1992, 489.

¹⁷⁰ Vgl. LUSTIG 1992, 487; TEN HAVE 1994, 105f.; CLOUSER/GERT 2005, 88; STRONG 2005, 292.

¹⁷¹ Vgl. CLOUSER/GERT 1990, 219; CLOUSER/GERT 2005, 88-108; DAVIS 1995, 87.

„Our general contention is that the so-called ‚principles‘ function neither as adequate surrogates for moral theories nor as directives or guides for determining the morally correct action.“¹⁷²

BEAUCHAMP und CHILDRESS entnehmen zwar Elemente aus unterschiedlichen Ethiktheorien, nach Auffassung von CLOUSER und GERT unternehmen sie jedoch keinen Versuch, die unterschiedlichen Elemente in Einklang zu bringen. In ihrem Ansatz sei keine grundlegende ethische Theorie erkennbar.¹⁷³ Eine ethische Urteilsfindung, die nicht auf der Grundlage einer ausgearbeiteten ethischen Theorie erfolgt, ist für CLOUSER und GERT immer von Unsicherheiten und Willkür geprägt und somit einer vollständigen ethischen Theorie unterlegen.¹⁷⁴ CLOUSER und GERT favorisieren den Gebrauch einer umfassenden Moraltheorie in der Erarbeitung praktischer ethischer Urteile. Damit gehen sie letztlich von anderen epistemologischen Voraussetzungen aus als BEAUCHAMP und CHILDRESS.¹⁷⁵

BEAUCHAMP und CHILDRESS beanspruchen mit ihrem ethischen Ansatz nicht, eine vollständig ausgearbeitete Moraltheorie zu präsentieren. Sie wollen lediglich Rahmenbedingungen benennen, die eine reflektierte ethische Urteilsbildung ermöglichen.¹⁷⁶

„Regarding the (...) criticism, that our principle-analysis fails to provide a systematic theory, we see the point but view it as irrelevant. We have not attempted a general ethical theory and do not claim that our principles mimic, are analogous to, or substitute for the foundational principles in leading classical theories such as utilitarianism (with its principle of utility) and Kantianism (with its categorical imperative). We have expressed a constrained skepticism about this foundationalism and are doubtful that such a unified foundation for ethics is discoverable.“¹⁷⁷

Sie verzichten bewusst auf den Gebrauch einer ethischen Hintergrundtheorie und siedeln ihre ethische Reflexion auf der Ebene von Prinzipien mittlerer Reichweite an, weil sie diesen bei der Lösung praktischer Probleme eine größere Plausibilität zusprechen und eine Übereinstimmung über ihren Inhalt leichter zu erreichen sei (siehe

¹⁷² CLOUSER/GERT 1997, 148f.; vgl. LUSTIG 1992, 491f.

¹⁷³ Vgl. CLOUSER/GERT 2005, 104.

¹⁷⁴ Vgl. CLOUSER/GERT 1997, 148f. Unter einer umfassenden Moraltheorie verstehen CLOUSER und GERT eine Theorie, die auf Prinzipien im klassischen Sinne beruht, d.h. die Prinzipien sollen die ethische Theorie zusammenfassen und konkrete eindeutige Handlungsanweisungen geben. „...the value of using a single unified moral theory to deal with the ethical issues that arise in medicine and all other fields, is that it provides a single clear, coherent, and comprehensive decision procedure for arriving at answers.“ (CLOUSER/GERT 1990, 233).

¹⁷⁵ Vgl. DAVIS 1995, 102f.

¹⁷⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 3.

¹⁷⁷ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 106.

2.1.2).¹⁷⁸ Dennoch besitzt der Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS Elemente einer Moraltheorie. Sie begründen ihre Orientierung an Prinzipien mittlerer Reichweite auf einer theoretischen Ebene. Als Begründungsstruktur dient die Verortung der Prinzipien mittlerer Reichweite in der *common morality*. Unter *common morality* verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS eine universell gültige Moral, die von allen moralisch seriös denkenden Menschen an allen Orten geteilt werden kann. Die *common morality* geht für BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem Gültigkeitsanspruch über die Alltagsmoral (*community-specific morality*) hinaus, deren Normen von den Mitgliedern einer Gesellschaft geteilt werden, aber nur innerhalb dieses kulturellen Kontextes Gültigkeit besitzen.¹⁷⁹ Die Moralvorstellungen der *common morality* haben für BEAUCHAMP und CHILDRESS den Charakter von Grundüberzeugungen und bedürfen keiner weiteren theoretischen Fundierung.

„This morality (common morality) is morally authoritative for the conduct of all persons and it provides the basis for the normative theses and rudimentary moral theory that we develop...
.. we believe that all persons in all cultures who are *serious about moral conduct* do accept the demands of the common morality.“¹⁸⁰

Unklar bleibt bei BEAUCHAMP und CHILDRESS meiner Ansicht nach, wie in der Rekonstruktion von ethischen Prinzipien aus gesellschaftlich geteilten Normen zwischen *community-specific morality* (Alltagsmoral) und *common morality* (allgemeinem Moralempfinden) unterschieden werden soll. BEAUCHAMP und CHILDRESS benennen hierfür keine inhaltlichen Kriterien. Der Verweis darauf, dass eine moralische Seriosität notwendig sei, um die Prinzipien der *common morality* anerkennen zu können, halte ich für nicht sehr weiterführend. Im Umkehrschluss ließe sich behaupten, wer die Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht anerkenne sei eben kein moralisch seriös denkender Mensch. Die Bestimmung von Normen und Rechten, die interkulturelle Anerkennung erfahren sollen („für alle Personen an allen Orten“) ist schwierig. Noch schwieriger gestaltet sich die konsensfähige inhaltliche Auslegung, die Spezifizierung solcher Normen und Rechte. Dies zeigt die internationale Diskussion um

¹⁷⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 102; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1997, 141f.; DEGRAZIA 1992, 514.

¹⁷⁹ Vgl. RAUPRICH 2005, 240-244; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3-5. An anderer Stelle verwenden BEAUCHAMP und CHILDRESS den Begriff *customary morality*, um zwischen der präreflexiven Alltagsmoral und den universellen Grundüberzeugungen der *common morality*, des allgemeinen Moralempfindens, zu differenzieren (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 403).

¹⁸⁰ BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 4.

Anerkennung und Auslegung der Menschenrechte.¹⁸¹ Meiner Meinung nach unternehmen BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung keinen Versuch, sich mit der komplexen Problematik der interkulturellen Spezifizierung ihrer Prinzipien auseinander zusetzen und die universelle Gültigkeit ihrer Prinzipien schlüssig zu begründen. Die postulierte Selbstevidenz der Prinzipien für alle moralisch seriös denkenden Menschen reicht meiner Ansicht nach zur Rechtfertigung der Prinzipien nicht aus. Ich stimme BEAUCHAMP und CHILDRESS zu, dass in ethischer Theoriebildung grundlegende ethische Überzeugungen benannt werden müssen, die nicht durch weitere metaethische Theorien begründet werden können. Die Entwicklung dieser grundlegenden ethischen Prinzipien ausgehend von gesellschaftlich geteilten Moralvorstellungen begründen BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung plausibel. Ich empfinde es allerdings angemessener, wenn BEAUCHAMP und CHILDRESS klar benennen würden, dass ihre Prinzipien im Kontext der *common morality* westlicher Gesellschaften, insbesondere der amerikanischen, entwickelt wurden. Der Diskussion um die universelle und interkulturelle Gültigkeit von Normen und Rechten werden sie in ihrem Ansatz nicht gerecht. Für BEAUCHAMP und CHILDRESS haben sich im Kontext westlicher Gesellschaften die Prinzipien der Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit im biomedizinethischen Diskurs bewährt und sind konsensfähig. Die Auswahl gerade dieser Prinzipien wird von BEAUCHAMP und CHILDRESS jenseits ihres Verweises auf deren Relevanz im biomedizinethischen Diskurs nicht weiter reflektiert. Die Frage, ob diese vier Prinzipien ausreichend sind und ob sie alle in gleicher Weise für die biomedizinethische Urteilsfindung relevant sind, wird nicht näher erläutert.¹⁸² Eine ausführlichere Reflexion und Begründung der Auswahl gerade dieser vier grundlegenden Prinzipien in dem Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS fände ich wünschenswert. Ihre Unterscheidung beispielsweise in das Prinzip des Nichtschadens und das Prinzip des Wohltuns hat mich nicht überzeugt. Als Unterscheidungskriterium soll die Aufteilung in negative und positive Pflichten gelten. In der Diskussion dieser beiden Prinzipien und in der Darstellung von Beispielen wird diese Unterscheidung jedoch nicht durchgehalten. Den größten Raum nimmt in der Darstellung des Prinzips des Nichtschadens die Begründung einer Verpflichtung zum Abbruch von Interventionen und Therapien bis hin zur aktiven Sterbehilfe im Falle von unheilbaren

¹⁸¹ So versuchen beispielsweise einige asiatische Staaten gegenüber dem individualistischen Menschenrechtsverständnis des Westens die Gemeinschaftsorientierung des Konfuzianismus geltend zu machen und betonen kollektive Rechte (vgl. KOENIG 2005, 133-142).

Erkrankungen ein. Dieses stellt für mich jedoch eher eine positive Verpflichtung als eine negative Verpflichtung dar. Die Unterscheidung in ein Prinzip des Nichtschadens und ein Prinzip des Wohltuns finde ich daher nicht schlüssig. M.E. könnten beide Prinzipien in ein Prinzip zusammengefasst werden, wie dies auch in der ethischen Theorie von FRANKENA der Fall ist.

BEAUCHAMP und CHILDRESS führen eine zweite theoretische Begründungsstruktur für die Prinzipien mittlerer Reichweite ein: die Kohärenztheorie (siehe 2.1.2). Durch die Vermittlung zwischen *considered judgements*, Prinzipien und Einzelfallurteilen soll ein kohärentes Begründungssystem geschaffen werden, in dem sich die Prinzipien gegenseitig argumentativ unterstützen.¹⁸³ Die Kohärenzbildung mit Hilfe der Methoden der Spezifizierung, der Abwägung und der Revision der Prinzipien verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS als Teil ethischer Theoriebildung. Da ihre ethische Theoriebildung kontinuierlich in der praktischen Anwendung überprüft und korrigiert werden muss, kann niemals der Status einer abgeschlossenen Theorie erreicht werden.¹⁸⁴ BEAUCHAMP und CHILDRESS haben mit jeder neuen Auflage der „*Principles of Biomedical Ethics*“ Anmerkungen ihrer Kritiker aufgenommen und ihre ethischen Begründungsstrukturen verändert und verfeinert. Dieses revisionistische Potential gehört für mich zu einem der großen Vorzüge ihres ethischen Ansatzes.

BEAUCHAMP und CHILDRESS bezweifeln, dass eine vollständig ausgearbeitete Moraltheorie gefunden werden könnte, die alle moralischen Konflikte auf der Ebene praktischer Urteile vermeiden könnte.

„...we see disunity, conflict, and moral ambiguity as pervasive aspects of the moral life. Untidiness, complexity, and conflict are unfortunate features of communal living, but a theory of morality cannot be faulted for a realistic appraisal of them.“¹⁸⁵

Für sie besteht eine wesentliche moralische Erfahrung darin, dass ethische Urteilsfindung immer Ambivalenzen und Konflikte einschließe, so dass unter Umständen mehrere gut begründete Urteile auf der Grundlage ein und derselben ethischen Theorie gefällt werden können.¹⁸⁶ Ich stimme BEAUCHAMP und CHILDRESS zu, dass auch eine

¹⁸² Vgl. LEIST 1998, 766; DEGRAZIA 1992, 524.

¹⁸³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 104; BEAUCHAMP/CHILDRESS 1997, 144; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 397-401.

¹⁸⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 21ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 398.

¹⁸⁵ BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 107; vgl. CHILDRESS 1997, 31.

¹⁸⁶ “We conclude that although flexibility and diversity in judgement are ineliminable, judgement generally should be constrained by the demands of moral justification, which typically involves appeal to

Moraltheorie im Sinne von CLOUSER und GERT Konflikte auf der Ebene praktischer ethischer Urteile nicht vermeiden kann, da jedes abstrakte Prinzip im Hinblick auf seine Bedeutung für den konkreten Kontext spezifiziert werden muss und unterschiedliche wohl begründete Auslegungen denkbar sind. Dennoch teile ich CLOUSERS und GERTS Auffassung, dass die theoretische Grundstruktur des Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS eine größeres Ausmaß an normativer Unbestimmtheit enthält als andere ethische Theoriebildungen (siehe 2.3, 3.4). Nicht alle aufgenommen Elemente moralischen Urteilens sind in dem ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS schlüssig integriert. BEAUCHAMP und CHILDRESS führen zwar das Konzept der Tugenden sowie Prinzipien des Arzt-Patienten-Verhältnisses ein,¹⁸⁷ nehmen in der Erläuterung ihrer theoretischen Begründungsstruktur und in den Spezifizierungen der Prinzipien kaum Bezug auf diese Konzepte.¹⁸⁸ Kohärenz dient als zentrale Beurteilungsinstanz in der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS.¹⁸⁹ CLAUSEN, HOLM und LEIST weisen zu Recht darauf hin, dass Kohärenz ein rein formales Kriterium darstellt. Es lassen sich keine substantiellen Kriterien finden, wie zwischen unterschiedlichen kohärenten Begründungssystemen inhaltlich differenziert werden sollte.¹⁹⁰ Somit ist es möglich, eine Vielzahl unterschiedlicher kohärenter ethischer Argumentationszusammenhänge zu rechtfertigen.

CLOUSER und GERT kritisieren in dem ethischen Entwurf von BEAUCHAMP und CHILDRESS die mangelnde Strukturierung der Prinzipien untereinander, was bei der Anwendung der Prinzipien zu Konflikten und Unsicherheiten führe.¹⁹¹ Dieser Kritik schließen sich auch STRONG und TEN HAVE an.¹⁹² Für CLOUSER und GERT wäre eine klarere Strukturierung von Prinzipien in einer ethischen Theorie entweder die Orientierung an nur einem Prinzip oder die Erstellung einer Rangfolge von Prinzipien. Solche Strukturierungsmodelle lehnen BEAUCHAMP und CHILDRESS ab. Für sie gibt es weder ein einziges wichtigstes Prinzip, noch eine klare Rangfolge der grundlegenden

principles.” BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 105. Vgl. auch BEAUCHAMP/CHILDRESS 1997, 145; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 21.

¹⁸⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 26-56.283-336.

¹⁸⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 1-25.384-413.

¹⁸⁹ Beauchamp und Childress glauben nicht, dass im Rahmen ethischer Argumentation einzelne Werte für sich einen Wahrheitsgehalt beanspruchen können. Die Annäherung an ein vollständig kohärentes Begründungssystem ist für sie das beste Form der Moraltheorie und stärkste ethische Rechtfertigung von Urteilen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 22-28).

¹⁹⁰ Vgl. LEIST 1998, 768; CLAUSEN 2005, 391-394; HOLM 2005, 221.

¹⁹¹ Vgl. CLOUSER/GERT 1997, 149f.; CLOUSER/GERT 2005, 91; CHILDRESS 1997, 31.

¹⁹² Vgl. STRONG 2005, 292; TEN HAVE 1994, 105f.

Prinzipien.¹⁹³ In unterschiedlichen praktischen Problemen und Fällen könnten jeweils verschiedene Prinzipien das Hauptgewicht in der ethischen Urteilsbildung erhalten. Eine vorherige Festlegung der Rangfolge der Prinzipien würde der Komplexität ethischer Urteilsbildung nicht gerecht. Die Gewichtung der Prinzipien könne erst nach sorgfältiger Prüfung des Kontextes eines Falles vorgenommen werden.

„...the moral agent has to justify departures from principles by showing that in the situation some other principles have more weight. However, the assignment of weight or priority depends on the situation rather than on an abstract, a priori ranking.“¹⁹⁴

Dennoch bleibt zu klären, wie denn vier verschiedene Prinzipien auf einen konkreten Fall anzuwenden sind und wie denn bestimmt werden soll, welches Prinzip im Konfliktfall das ausschlaggebende für die ethische Urteilsbildung ist. Als Strukturierungshilfe für die Anwendung der Prinzipien geben BEAUCHAMP und CHILDRESS die Methoden der Spezifizierung und der Abwägung an (siehe 2.1.2). Spezifizierung bedeutet die genaue Ausformulierung der Prinzipien und damit die Eingrenzung und Bestimmung des Geltungsbereiches des jeweiligen Prinzips. Dadurch sollen mögliche Konfliktfälle in der Anwendung der Prinzipien durch konkrete Erläuterung der Prinzipien vermieden werden. Die Erweiterung ihrer ethischen Theorie um die Methode der Spezifizierung in der überarbeiteten vierten Auflage von „*Principles of Biomedical Ethics*“ geschah auf Anregung von DAVID DEGRAZIA.¹⁹⁵ In den Fällen, in denen es trotz Spezifizierung zu Konflikten in der ethischen Urteilsbildung komme, müsse durch Abwägung entschieden werden, welchem Prinzip der Vorrang gegeben werden solle. DEGRAZIA wirft der Methode der Abwägung bei BEAUCHAMP und CHILDRESS vor, letztlich nur durch Intuition begründet zu sein und damit kaum einen Vorteil gegenüber einer ethischen Urteilsfindung ohne Verwendung einer ethischen Theorie zu erbringen.¹⁹⁶ Um diesem Vorwurf zu begegnen, versuchen BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem Entwurf, Kriterien für den Prozess der Abwägung zu geben: 1. Bessere Gründe sprechen für eine Norm als für die anderen Normen. 2. Das moralische Ziel, das beim Aufheben einer Norm verfolgt

¹⁹³ Vgl. LUSTIG 1992, 492f.

¹⁹⁴ CHILDRESS 1994, 79. Die sich daraus ergebende mangelnde Eindeutigkeit in ethischer Urteilsbildung sei in einem pluralistischen ethischen Ansatz unvermeidbar.

¹⁹⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 28ff.; DEGRAZIA 1992, 524ff.: DEGRAZIA kritisiert die 1989 erschienene dritte Auflage von „*Principles of Biomedical Ethics*“, weil sie keine klaren Methoden zum Umgang mit ethischen Konfliktfällen biete. Die Rechtfertigung für ethische Urteile beruhe zu stark auf intuitiven Erwägungen. Als Ergänzung schlägt DeGrazia die Methode der Spezifikation von HENRY RICHARDSON vor. Durch Spezifikation würden die abstrakten Prinzipien zu Handlungsanweisungen im konkreten Konfliktfall ausdifferenziert. Die spezifizierten Regeln wären dann Teil des ethischen Begründungsprozesses und basierten nicht mehr auf intuitiver Abwägung.

¹⁹⁶ Vgl. DEGRAZIA 1992, 521; DAVIS 1995, 96; LUSTIG 1992, 493.

wird, muss realistisch sein. 3. Es gibt keine moralisch besseren Alternativen. 4. Die übertretene Norm ist die am wenigsten mögliche. 5. Die negativen Effekte der Norm-übertretung werden minimiert.¹⁹⁷ Bezüglich dieser Abwägungsregeln schließe ich mich HOLMS Auffassung an, dass die Abwägungsregeln rein formale Kriterien darstellen und somit keine Hilfestellung zur inhaltlichen Abwägung zwischen konkurrierenden Prinzipien leisten. Außerdem sind sie so allgemein gehalten, dass sie zwar wenig kontrovers, aber auch wenig weiterführend sind.¹⁹⁸ Auch RICHARD DAVIS bezweifelt, dass Abwägungskriterien von BEAUCHAMP und CHILDRESS allein ausreichend sind.¹⁹⁹

CLOUSER und GERT kritisieren als dritten Punkt die mangelnde Anwendbarkeit der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS in der Praxis. Nicht nur die mangelnde Systematik der Prinzipien untereinander erschwere die ethische Urteilsfindung. Auch jedes einzelne Prinzip enthalte in sich eine Fülle von unterschiedlichen Erwägungen, so dass aus ihnen keine klaren Handlungsanweisungen abzuleiten seien. Die Prinzipien im Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS seien nicht mehr als Checklisten der moralischen Probleme, die in der ethischen Überlegung zu bedenken seien.²⁰⁰ Sie stünden jedoch in keinem konzeptionellen Zusammenhang.

„The language of principlism suggests that he (der Anwender der Theorie) has applied a principle which is morally well-established and hence *prima facie* correct. But a closer look at the situation shows that in fact he has looked at and weighed many diverse moral considerations, which are superficially interrelated and herded under a chapter heading named for the ‘principle’ in question.“²⁰¹

“ At best, ‘principles’ operate primarily as checklists naming issues worth remembering when considering a biomedical moral issue. At worst ‘principles’ obscure and confuse moral reasoning by their failure to be guidelines and by their eclectic and unsystematic use of moral theory.“²⁰²

Dieser Kritik schließen sich auch DANIELS und LEIST an.²⁰³ Tatsächlich enthalten die Kapitel, die in „*Principles of Biomedical Ethics*“ der Beschreibung der einzelnen Prinzipien gewidmet sind, einer Fülle normativen Regeln und Diskussionen von Einzelproblemen. In dem Kapitel zu Respekt vor Autonomie werden Elemente wie Intentionalität, Verständnis, Freiheit von kontrollierenden Zwängen und informierte

¹⁹⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 34; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 19f.

¹⁹⁸ Vgl. HOLM 2005, 221f. Auch WIESING kritisiert die Unentschiedenheit in der Methode der Abwägung bei Beauchamp und Childress. (vgl. WIESING 2005, 78).

¹⁹⁹ Vgl. DAVIS 1995, 95.

²⁰⁰ Vgl. CLOUSER/GERT 2005, 89f.

²⁰¹ CLOUSER/GERT 1997, 149.

²⁰² CLOUSER/GERT 1997, 148.

²⁰³ Vgl. LEIST 1998, 769; DANIELS 2005, 344.

Zustimmung diskutiert. Unter dem Begriff informierte Zustimmung werden wiederum Konzepte wie Aufklärung, Verständnis, Freiwilligkeit, Kompetenz, stellvertretende Entscheidungen und Vormundschaft erläutert. Jedes dieser einzelnen Konzepte ist komplex und beinhaltet eine Vielzahl ethischer Erwägungen.²⁰⁴ In dem Kapitel zum Prinzip des Nichtschadens werden Fragen der Standards von Behandlungen, des Entzugs bzw. der Unterlassung von lebenserhaltenden Maßnahmen, der Unterscheidung von außergewöhnlichen und üblichen Therapien, von beabsichtigten und vorhergesehenen Folgen von Behandlungen, von möglichen und verpflichtenden Therapien, der Lebensqualität, des Umgangs mit behinderten Neugeborenen, der Tötung und des Sterbenlassens, der Patientenrechte, des Dammbruchargumentes, der aktiven Sterbehilfe und der stellvertretenden Entscheidungen diskutiert.²⁰⁵ Die Vielzahl der Einzeldiskussionen erschwert es, eine Richtlinie zur Anwendung des Prinzips des Nichtschadens auf neue ethische Probleme zu erkennen. Jede einzelne Fragestellung wird zwar in sich systematisiert, aber nicht immer mit den Systematisierungen von anderen Fragestellungen abgeglichen. Die Auswahl der Themenkomplexe und ihre Anordnung in den Unterkapiteln sind nicht immer transparent.

Aufgrund der mangelnden Systematisierung der einzelnen Spezifizierungen und der Tatsache, dass Kohärenz als zentrale Beurteilungsinstanz für Spezifizierungen, Abwägungen und konkrete ethische Urteile ein rein formales Kriterium darstellt, zeichnet sich die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS durch eine große normative Unbestimmtheit aus. BEAUCHAMP und CHILDRESS verzichten in ihrem ethischen Ansatz auf die Definition eines übergeordneten inhaltlichen Moralprinzips. Die Pluralität ihrer Prinzipien und die im Wesentlichen prozessualen Regeln der Anwendung dieser Prinzipien in konkreten moralischen Konfliktfällen führen dazu, dass mehrere konkrete ethische Urteile unter Bezug auf ihre ethische Theorie gerechtfertigt werden können. Für CLOUSER/GERT, CLAUSEN und HOLM birgt diese normative Unbestimmtheit die Gefahr, dass die Erarbeitung konkreter ethischer Urteile im Wesentlichen von Intuition, eigenen moralischen Vorurteilen und Interessen geleitet ist und eine beliebige Anzahl unterschiedlicher ethischer Einzelfallurteile gerechtfertigt werden kann. Dies führe zu einem ethischen Relativismus.²⁰⁶ RAUPRICH und WIESING werten die normative

²⁰⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 120-188; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 57-112; DAVIS 1995, 89f.

²⁰⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 189-258; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 113-164.

²⁰⁶ Vgl. CLOUSER/GERT 2005, 88-91; CLAUSEN 2005, 381; HOLM 2005, 221-223.

Unbestimmtheit des Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS jedoch positiv. Die Orientierung an vier grundlegenden Prinzipien berücksichtige den Wertepluralismus moderner Gesellschaften und mache die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS anpassungsfähig. Sie fördere die moralische Kompetenz der Anwendenden.²⁰⁷ Inwieweit es der ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS gelingt, Kategorien zur Analyse und Beurteilung praktischer ethischer Probleme bereitzustellen, und welches Rechtfertigungspotential die Theorie in der Erarbeitung praktischer ethischer Urteile hat, werde ich im zweiten Hauptteil dieser Arbeit (3) anhand der Präimplantationsdiagnostik untersuchen.

Abschließend werde ich einige Kritikpunkte am ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS darstellen, die von Seiten feministischer Ethik formuliert worden sind. CHRISTINE GUDORF kritisiert die Auswahl und die Inhalte der vier Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS.²⁰⁸ Hinsichtlich der Auswahl und Spezifizierung der Prinzipien wendet sich GUDORF gegen die einseitige Ausrichtung an individuumbezogenen Prinzipien wie Autonomie, Fürsorge im Sinne eines schwachen Paternalismus, Verteilungsgerechtigkeit und den daraus abgeleiteten untergeordneten Prinzipien der Wahrhaftigkeit, Vertraulichkeit und Privatsphäre. Prinzipien, die stärker an einem gemeinschaftlichen Leben orientiert sind (z.B. Gegenseitigkeit, Solidarität, Gemeinschaftlichkeit, Empathie) würden nicht als herausragend und bedenkenswert dargestellt.²⁰⁹ Hier zeige sich die bereits von CAROL GILLIGAN kritisierte Vernachlässigung solcher Werte in einem männlich dominierten ethischen Diskurs. Auch CAROLA BRUCKNER bedauert die Fokussierung auf unabhängige Individuen und die Unterbewertung von ethischen Prinzipien wie Empathie und Fürsorge in männlich dominierten Traditionen ethischer Theoriebildung.²¹⁰ Für GUDORF wäre eine stärkere relational und gemeinschaftsbezogene Auswahl und Spezifizierung der Prinzipien wünschenswert.

GUDORF kritisiert ferner die mangelnde Analyse der Einbettung des *principlism* in das herrschende Gesundheitssystem.²¹¹ Auch REBECCA COOK schließt sich dieser Kritik an.²¹² In der Spezifizierung der Prinzipien bei BEAUCHAMP und CHILDRESS zeige sich

²⁰⁷ Vgl. RAUPRICH 2005, 247f.; WIESING 2005, 79.

²⁰⁸ Vgl. GUDORF 1994, 164.

²⁰⁹ Vgl. GUDORF 1994, 167.177.

²¹⁰ Vgl. BRUCKNER 1990, 70-74.

²¹¹ Vgl. GUDORF 1994, 164.

²¹² Vgl. COOK 1994, 193ff.

eine einseitige individuelle Ausrichtung und eine mangelnde Berücksichtigung gesellschaftlicher Strukturen. Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst nach BEAUCHAMP und CHILDRESS hauptsächlich Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und der Kosten-Nutzen-Analysen. Beispiele stammen aus dem Bereich der Intensiv- und Transplantationsmedizin. Fragen der sozialen Benachteiligung von Frauen, Migrantinnen und Migranten und anderen Gesellschaftsgruppen und die gesundheitlichen Auswirkungen solcher Benachteiligung werden kaum thematisiert. Dies sei aus feministischer Sicht zu kritisieren, denn eine feministische Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit würde vor allen Dingen die Analyse von Unterdrückungsstrukturen und die Erarbeitung von Strategien zur Überwindung solcher Herrschaftsstrukturen beinhalten.²¹³ Die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS zeige eine mangelnde Reflexion von Unterdrückungsstrukturen im Gesundheitswesen und trage durch die Auswahl der Prinzipien und die Auswahl der ethischen Probleme, die als relevant präsentiert werden, selbst zur weiteren Marginalisierung von Frauen, Migrantinnen und Migranten usw. und zur Erhaltung bestehender Strukturen von Benachteiligung und Ausgrenzung im Gesundheitswesen bei.

„The *basic* problem with the principlist model is not that it relies on abstract principles, nor that its particular principles emanate from male experiences of the normative, but that both the reliance on principle and these specific moral principles function to regulate and maintain an unjust social system oppressive to women and other marginalized groups...

The need is to connect the use of principles with an examination of the concrete situation of those most at risk. The linkage of these two processes gradually results in modification of the body of relevant principles and their interpretation.“²¹⁴

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich GUDORFS und COOKS Kritik nicht generell gegen den Gebrauch von Prinzipien in ethischer Urteilsfindung richtet, sondern gegen diejenigen prinzipienorientierten Ansätze, die zu einer Stabilisierung von Unterdrückungsstrukturen im Gesundheitswesen beitragen. Eine veränderte Form des *principlism* halten sie für eine feministische biomedizinische Ethik für fruchtbar. Wie nun biomedizinethische Theoriebildung aus Blickwinkel einer feministischen Perspektive aussehen kann, soll im folgenden Kapitel anhand der ethischen Theorie von SUSAN SHERWIN gezeigt werden.

²¹³ Vgl. COOK 1994, 193.

²¹⁴ GUDORF 1994, 168.

2.2 Der feministische Ansatz von Susan Sherwin

2.2.1 Einordnung in den Kontext ethischer Theoriebildung

SUSAN SHERWIN verortet sich mit ihrem ethischen Ansatz im Kontext feministischer Ethik. Das Wesen und die Zielsetzung feministischer Ethik hat HERLINDE PAUER-STUDER für mich sehr treffend charakterisiert:

„Feministische Ethik ist wohl ein neuer Denkansatz, prima facie aber keine neue ethische Theorie; sie befindet sich weder auf einer Ebene mit den aus der Geschichte bekannten normativ-ethischen Ansätzen noch mit den im Umfeld der angewandten Ethik neu entstandenen Disziplinen wie Umweltethik, Wirtschaftsethik etc. Vielmehr definiert sie einen bestimmten Blickwinkel auf diese Theorien und auf die Moralphilosophie in ihrer ganzen Breite. Anders gesagt: Feministische Ethik bezeichnet den Versuch, die Perspektive der Geschlechterdifferenz auf moralphilosophische Fragen – theoretische Problemstellungen wie auch die philosophische Analyse konkreter moralischer Konfliktsituationen – anzuwenden.“²¹⁵

Feministische Ethik bewegt sich sowohl auf der Ebene ethischer Theoriebildung als auch auf der Ebene praktischen Handelns. Auf der Ebene ethischer Theoriebildung setzen sich feministische Ethikerinnen einerseits mit den unterschiedlichen ethischen Theorierichtungen (die bereits in 2.1.1 dargestellt wurden) auseinander, andererseits mit den unterschiedlichen feministischen Theorierichtungen. Manche feministische Ethikerinnen versuchen, klassische ethische Theorien in einem feministischen Sinne zu ergänzen. Beispiele dieser Form feministisch-ethischer Theoriebildung sind die kritische Revision der ethischen Theorie von DAVID HUME durch ANNETTE BAIER, von IMMANUEL KANT durch ONORA O’NEILL und der Diskursethik durch SEYLA BENHABIB.²¹⁶ Andere feministische Ethikerinnen beziehen sich weniger stark auf vorhandene ethische Theorien und versuchen, eigenständige Modelle ethischer Theoriebildung zu entwickeln. Beispiele hierfür sind neben Vertreterinnen der Care-Ethik auch die ethischen Theorien von LUCE IRIGARAY, JULIA KRISTEVA, ALISON M. JAGGAR, JUDITH BUTLER u.v.a. Eine feministische Gesellschaftsanalyse verbindet diese unterschiedlichen ethischen Ansätze. Die Ausgrenzung und Unterdrückung von Frauen auf gesellschaftlicher Ebene wird anerkannt und als moralisch falsch bewertet. Gleichzeitig

²¹⁵ PAUER-STUDER 1993, 35.

²¹⁶ BAIER 1993; O’NEILL 1989; BENHABIB 1989.

wird versucht, die moralischen Erfahrungen von Frauen auf der Ebene der Theoriebildung und in der Analyse konkreter Probleme zu berücksichtigen.²¹⁷

Im Bereich der biomedizinischen Ethik gibt es mittlerweile eine Fülle von feministischen Beiträgen zu materialetischen Themen, beispielsweise zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches, der Reproduktionstechnologien, aber auch zur Forschungsethik und Fragen der Verteilung von Ressourcen und dem Zugang zu Therapiemöglichkeiten. Umfangreichere Beiträge zu biomedizinethischer Theoriebildung gibt es bislang erst wenige. SUSAN SHERWIN, Professorin für Philosophie an der Dalhousie University in Kanada, ist eine der ersten, die ausgehend von einer feministischen Perspektive eine biomedizinethische Theorie entwickelt. In ihrem 1992 erschienen Buch „*No longer patient*“ stellt sie die Implikationen dar, die eine feministische Perspektive für eine Ethik der Gesundheitsversorgung²¹⁸ hat. Sie verbindet in ihrem ethischen Ansatz ethische Theoriebildung mit der Analyse konkreter Handlungsbereiche. In dem ersten Teil ihres Buches setzt sie sich sowohl mit unterschiedlichen klassischen biomedizinethischen Theorien auseinander als auch mit unterschiedlichen Theorierichtungen innerhalb des Feminismus. Davon ausgehend entwickelt sie Eckpunkte ihrer Ethik der Gesundheitsversorgung. Im zweiten Teil ihres Buches stellt sie die Anwendung dieser Eckpunkte auf vieldiskutierte Fragen der biomedizinischen Ethik wie Abtreibung, Reproduktionsmedizin, Paternalismus und Forschungsethik dar. Im dritten Teil schließlich zeigt sie neue Problemfelder auf, die ihrer Meinung nach in der biomedizinethischen Diskussion bislang zu wenig Beachtung finden. Ich werde nun zunächst die Grundzüge ihrer ethischen Theoriebildung darstellen. Die Anwendung ihrer ethischen Theorie auf das Problem der Präimplantationsdiagnostik erfolgt in Teil 3 dieser Arbeit.

SUSAN SHERWIN grenzt sich in der Entwicklung ihrer eigenen ethischen Theorie sowohl von traditionellen ethischen Theorierichtungen als auch von verschiedenen feministischen Theorierichtungen ab. Dabei kritisiert sie einerseits Aspekte der jeweiligen Theoriebildung, übernimmt andererseits Aspekte der Ansätze für ihre eigene Theoriebildung. Deontologische Theorien, utilitaristische Theorien und Vertragstheorien sieht sie als die drei wesentlichen Richtungen innerhalb der aktuellen west-

²¹⁷ Vgl. JAGGAR 1990, 167.

²¹⁸ SHERWIN verwendet bewusst den Begriff „Ethik der Gesundheitsversorgung“ im Gegensatz zu den sonst üblichen Begriffen der Medizinethik oder Bioethik. Zur Begründung ihrer Begriffswahl siehe 2.2.2.

lichen ethischen Theoriebildung an und setzt sich deshalb mit diesen auseinander.²¹⁹ Leider fällt die Darstellung der jeweiligen Theorierichtung sehr knapp aus und SHERWIN nimmt kaum Bezug auf konkrete Vertreter dieser Ansätze.

Deontologische Theorien orientierten sich nach SHERWIN an moralischen Pflichten, die von rationalen und autonomen Personen erkannt und selbstgewählt befolgt würden. Dabei würden abstrakte Prinzipien höher bewertet als persönliche Gefühle, Bindungen und Erfahrungen. Dieser Vorrang universeller Pflichten vor spezifischen Pflichten, die mangelnde Kontextsensitivität, die Abwertung der Rolle von Emotion und Intuition in der ethischen Überlegung und die mangelnde Berücksichtigung der Konsequenzen von Handlungen stehen für SHERWIN einer feministischen Perspektive entgegen. Eine feministische Perspektive müsse gerade die spezifische Situation und Verpflichtungen einer Person sowie die unterschiedlichen Konsequenzen von Handlungen für unterschiedliche Personengruppen innerhalb einer Gesellschaft in die ethische Abwägung miteinbeziehen.²²⁰

Mit einer ähnlichen Begründung grenzt sich SHERWIN von den utilitaristischen Theorien ab. Diese orientierten sich in ihrer Abwägung von Nützlichkeit ebenfalls nicht an konkreten Personen, sondern an einer abstrakten Gesamtnützlichkeit. Die persönlichen Gefühle und Bindungen der Betroffenen würden als moralisch irrelevant erklärt und seien einem Gesamtnutzen unterzuordnen. Dies widerspräche jedoch dem moralischen Empfinden vieler Menschen und sei zudem aus einer feministischen Perspektive problematisch, weil bei dieser postulierten Gleichwertigkeit der Interessen die unterschiedlichen gesellschaftlichen Ausgangsbedingungen der Handelnden nicht in die ethischen Überlegungen miteinbezogen würden. Eine spezielle Förderung marginalisierter Gruppen sei so nicht zu begründen.²²¹

Bei den Vertragstheorien würdigt SHERWIN zwar die Einbeziehung des sozialen Kontextes, kritisiert aber die zugrundeliegende Auffassung vom menschlichen Wesen. Menschen würde in Vertragstheorien eine natürliche Feindschaft und Konkurrenz

²¹⁹ Vgl. SHERWIN 1992, 37ff.

²²⁰ Vgl. SHERWIN 1992, 37-39. Die erwähnten Kritikpunkte an deontologischen Theorien teilt SHERWIN auch mit vielen nicht-feministischen ethischen Theorien, beispielsweise der von BEAUCHAMP/CHILDRESS (siehe 2.1.1). An IMMANUEL KANT selbst, auf dessen ethischer Theorie viele aktuelle deontologische Ansätze aufbauen, kritisiert SHERWIN zudem eine offene Frauenfeindlichkeit. Er betrachte Frauen nur als minderwertige moralische Wesen, die nicht zu rein vernunftgeleiteten moralischen Überlegungen fähig seien.

²²¹ Vgl. SHERWIN 1992, 39f.

unterstellt. Um sich innerhalb einer Gesellschaft vor aggressiven Übergriffen durch andere Personen zu schützen, würde eine Übereinkunft über moralische Regeln im Sinne eines Sozialvertrags zwischen den vernünftigen Mitgliedern einer Gesellschaft ausgehandelt. Die Vertragstheorien gingen letztlich in ihrer Begründung von Ethik von einer idealen Verhandlungssituation aus, in der sich völlig gleiche und unabhängige Individuen miteinander verständigten. Sie schenkten dadurch dem Umgang mit den Herrschaftsverhältnissen und Ungleichheiten innerhalb real existierender Gesellschaft wenig Beachtung.²²² Die mangelnde Berücksichtigung des Lebenskontextes von realen Personen sowie der gesellschaftlichen Strukturen von Ausgrenzung und Unterdrückung machen alle drei genannten ethischen Theorierichtungen für SHERWIN wenig anschlussfähig. Die abstrakte Ebene, auf der sich diese Theorien zumeist bewegten, behindere zudem die Aussagekraft dieser Theorien in der Anwendung auf praktische ethische Probleme.²²³

SHERWIN greift in der Entwicklung ihrer biomedizinethischen Theorie auf unterschiedliche feministische Theorierichtungen zurück.²²⁴ Sie unterscheidet dabei in den liberalen Feminismus, den sozialistischen/marxistischen Feminismus, den radikalen Feminismus, den kulturellen Feminismus, den postmodernen Feminismus und den Ökofeminismus.²²⁵ Die Unterscheidung nimmt sie aufgrund der unterschiedlichen Erklärungsmodelle für die Ursachen der Unterdrückung von Frauen in den verschiedenen feministischen Theorierichtungen vor. Diese bedingen dann auch unterschiedliche Lösungsansätze.

Der liberale Feminismus ist nach SHERWIN am Gedanken der rechtlichen Gleichstellung und Gleichberechtigung der Frauen orientiert. Zugang zu Bildungsmöglich-

²²² Vgl. SHERWIN 1992, 40f.

²²³ Vgl. SHERWIN 1992, 42; SHERWIN 1996a, 52ff.

²²⁴ Feminismus ist eine Form der Theoriebildung, die aus der Frauenbewegung hervorgegangen ist. Ziel und Motivation des Feminismus ist es, die Strukturen aufzudecken, die zu einer Marginalisierung und Unterdrückung von Frauen innerhalb der Gesellschaft führen, und diese Strukturen zu verändern. Im Rahmen der sog. ersten Frauenbewegung des 18./19. Jrd. lag der Schwerpunkt vor allem auf dem Kampf für eine rechtliche Gleichstellung der Frauen (z.B. Frauenwahlrecht). In der zweiten Welle der Frauenbewegung, die sich ab 1950 in den U.S.A. und Europa zu formieren begann, rückte vor allen Dingen die Rolle der Sozialisation in den Mittelpunkt des Interesses. Angestoßen wurde diese Diskussion durch das 1949 von SIMONE DE BEAUVOIR veröffentlichte Buch „Das andere Geschlecht“. Mittlerweile haben sich innerhalb des Feminismus unterschiedliche Theorierichtungen entwickelt, die unterschiedliche soziale Strukturen in ihrer Funktion für die Unterdrückung von Frauen in den Blick nehmen (vgl. EICKMEIER 1998, 740f.; LEBACQZ 1995, 808f.).

²²⁵ Diese Unterteilung wählt auch ANDREA EICKMEIER (vgl. EICKMEIER 1998, (1)). KAREN LEBACQZ unterteilt feministische Theorierichtungen in eine liberale, sozialistische und radikale Strömung (vgl. LEBACQZ 1995, 808).

keiten und Partizipation am politischen Leben sollten für Frauen in gleichem Maße wie für Männer verwirklicht werden. Reale Gleichstellung solle durch gezielte Frauenförderung, z.B. in Form von Frauenquoten, erreicht werden. Obwohl SHERWIN die Bedeutung von politischen Rechten gerade auch für den Schutz und die Förderung von Minderheiten und marginalisierten Gruppen anerkennt, kritisiert sie an liberalen feministischen Ansätzen die starke Konzentration auf das Individuum. Dadurch werde den ökonomischen und sozialen Strukturen, die zur Unterdrückung von Frauen führen, nicht genug Aufmerksamkeit gewidmet.²²⁶

Der sozialistische/marxistische Feminismus fokussiere seine Aufmerksamkeit auf eine Neugestaltung der ökonomischen Voraussetzungen. Die Unterscheidung in unbezahlte Hausarbeit und bezahlte Erwerbsarbeit sowie die ungleiche Verteilung von Gütern müsse überwunden werden, um die reale Gleichstellung von Frauen zu ermöglichen. Die Analyse der historischen Bedingungen, die zur Entwicklung von Unterdrückungsstrukturen geführt haben, sei notwendig, um gezielte Strategien zur Überwindung dieser Strukturen zu entwickeln. SHERWIN stimmt den Forderungen des sozialistischen/marxistischen Feminismus weitgehend zu. Sie kritisiert jedoch, dass die Analyse anderer Unterdrückungsstrukturen, beispielsweise der Funktion sexueller Gewalt, nicht genügend Beachtung findet.²²⁷

Besondere Nähe empfindet SHERWIN gegenüber dem sogenannten radikalen Feminismus. Dieser wende sich gegen die Geschlechterdichotomie als solche. Innerhalb des asymmetrischen Geschlechterverhältnisses patriarchaler Gesellschaften würden Unterschiede zwischen Männern und Frauen betont, um Strukturen von Dominanz und Unterdrückung zu begründen. Die soziale Konstruktion von Weiblichkeit sei fremdbestimmt. Eine Dekonstruktion gängiger Konzepte von Weiblichkeit und eine Rekonstruktion im Sinne der Frauen sei nötig, um Frauen die Möglichkeit selbstbestimmten Lebens zu eröffnen. Gleichzeitig müsse die Funktion der Kategorisierung von Männern und Frauen zur Etablierung von Herrschaftsverhältnissen aufgedeckt werden.²²⁸ Auf andere feministische Theorierichtungen, beispielsweise den kulturellen

²²⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 28f. Auch in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen feministischen Strömungen bleibt SHERWINS Darstellung und Kritik leider sehr allgemein. Vertreterinnen der unterschiedlichen Richtungen werden selten namentlich erwähnt.

²²⁷ Vgl. SHERWIN 1992, 29f.

²²⁸ Vgl. SHERWIN 1992, 30f. In gleicher Weise müsse die Konstruktion von Herrschaftsverhältnissen mittels der Kategorien Rasse, soziale Schicht, Religion, sexuelle Orientierung etc. analysiert und bekämpft werden.

Feminismus, den postmodernen Feminismus, den Ökofeminismus und den psychoanalytisch orientierten Feminismus nimmt SHERWIN in ihrer ethischen Theoriebildung kaum Bezug. Sie werden zwar erwähnt, aber nicht ausführlich dargestellt.

Besondere Aufmerksamkeit widmet SHERWIN in ihrer ethischen Theoriebildung der Auseinandersetzung mit dem ethischen Entwurf von CAROL GILLIGAN.²²⁹ Deren Arbeit gilt als einer der Grundsteine in der Diskussion um weibliche Moral und feministische Ethik. GILLIGAN war Schülerin von LAWRENCE KOHLBERG. In ihrem psychoanalytisch orientierten Ansatz kritisierte sie das von KOHLBERG entwickelte Stufenmodell moralischer Entwicklung. Dieses ist in 6 Stufen gegliedert, wobei als oberste Stufe ein moralisches Urteilen nach selbstgewählten universellen Prinzipien gilt. GILLIGAN stellte fest, dass Frauen im Kohlberg'schen Stufenschema nie die höheren Stufen der universellen Gerechtigkeit erreichten. Sie machte für diesen Unterschied die alleinige Ausrichtung des Stufenmodells an einer männlichen Perspektive verantwortlich. Anhand eigener empirischer Studien²³⁰ zog sie den Schluss, dass Männer ihr moralisches Urteilen eher an universellen Prinzipien wie Gerechtigkeit orientierten und Einzelfallurteile deduktiv aus diesen ableiteten. Männer nähmen sich eher als unabhängig von anderen und deren Bedürfnissen war und urteilten in ethischen Konfliktsituationen anhand von abstrakten Prinzipien und Regeln. Für Frauen hätten Aspekte wie Kontextsensitivität, Anteilnahme und Fürsorglichkeit eine größere Bedeutung für ihr moralisches Urteil. Sie nähmen sich als Teil von sozialen Beziehungen war und orientierten sich in Konfliktsituationen eher an dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse.²³¹ Die männliche Perspektive bezeichnete sie als Gerechtigkeitsperspektive, die weibliche als Fürsorgeperspektive. Prinzipiell könnten beide Perspektiven von beiden Geschlechtern einge-

²²⁹ CAROL GILLIGAN veröffentlichte ihre ethische Theorie in dem 1982 erschienen Buch „In a different voice“.

²³⁰ Diese Studien sind in ihrer Methodik vielfach kritisiert worden, u.a. wurde GILLIGAN mangelnde Transparenz der gewonnen Daten, mangelnde Beachtung von Einflussfaktoren wie Ethnizität und Schichtzugehörigkeit vorgeworfen (vgl. NAILS 1995, 101-106; HARDING 1995, 162-186). GERTRUD NUNNER-WINKLER und RAINER DÖBERT kamen in ihren eigenen empirischen Studien zu einem anderen Ergebnis als GILLIGAN. Kontextsensitivität sei vor allen Dingen ein Kennzeichen persönlicher Betroffenheit. Da CAROL GILLIGAN ihre Ergebnisse anhand von Befragungen zum Thema Schwangerschaftskonflikt überprüft habe, sei eine größere Kontextsensitivität der befragten Frauen zu verzeichnen. Bei Befragungen von Männern zum Thema Zivildienst sei jedoch ähnliche Ergebnisse wie in GILLIGANS Studien erzielt worden (vgl. NUNNER-WINKLER 1995, 18ff.; PAUER-STUDER 1996, 90).

²³¹ Mit NANCY CHODOROW macht sie dafür die unterschiedliche frühkindliche Entwicklung von Frauen und Männern verantwortlich. Da Frauen überwiegend die primären Bezugspersonen von Kleinkindern seien, müssten Jungen zur Ausbildung der eigenen Geschlechtsidentität die Abgrenzung von der Bezugsperson, Mädchen die Identifikation mit der Bezugsperson suchen. So entwickle sich das unabhängige und abgegrenzte Selbstverständnis von Jungen und das relationale Selbstverständnis von Mädchen (vgl. GILLIGAN 1995, 92ff.).

nommen werden, empirisch sei jedoch eine geschlechtsspezifische Tendenz in ethischen Problemlösungsstrategien festzustellen. Eine gleichberechtigte Berücksichtigung beider Perspektiven sei innerhalb ethischer Theoriebildung notwendig, um die moralische Entwicklung von Frauen nicht abzuwerten.²³² Ausgehend von dieser Erkenntnis entwickelte GILLIGAN ihre Care-Ethik (deren Grundzüge bereits in 2.1.1. dargestellt wurden). Bei ihr nimmt der Aspekt der Fürsorglichkeit und Kontextsensitivität eine zentrale Stellung ein. GILLIGAN löste eine breite Debatte innerhalb ethischer Theoriebildung aus. Vielfach wurde ihre These abgelehnt, dass sich die Perspektiven der Gerechtigkeit und der Fürsorge den unterschiedlichen Geschlechtern zuordnen lasse.²³³ Auch die scharfe Kontrastierung von Gerechtigkeit und Fürsorge wurde infrage gestellt. Dennoch fand ihr ethischer Ansatz Beachtung und wurde weiterentwickelt, beispielsweise von NEL NODDINGS, SARA RUDDICK, VIRGINIA HELD und MICHAEL STOCKER.

Innerhalb der feministischen Theoriebildung ist CAROL GILLIGANS ethischer Ansatz stark kritisiert worden.²³⁴ Laut SHERWIN sind Fürsorge und Beziehungsorientierung notwendige Überlebensstrategien von Mitgliedern unterdrückter Gruppen. Diese Wertorientierung bei Frauen noch weiter zu fördern hieße, dass Frauen unter Umständen ihre gesamte Energie weiterhin auf das Wohlergehen anderer ausrichteten. Damit würden die ohnehin schon gesellschaftlich privilegierten Männer noch weiter gestärkt.²³⁵ In ähnlicher Weise äußert sich auch HERLINDE PAUER-STUDER. Die Betonung von Empathie und Zuwendung ohne begleitende Gerechtigkeitsüberlegungen mache eine Grenzziehung zwischen Fürsorglichkeit und Selbstausbeutung schwierig. Die Förderung dieser Werte verhafte Frauen noch stärker in klassischen Rollenverteilungen, die letztendlich ihre gesellschaftliche Benachteiligung weiter festschreibe.

„In Anbetracht der klassischen Rollenverteilung lässt sich zu Recht fragen, ob nicht die positive Akzentuierung ‚femininer‘ Werte implizit jene Bedingungen der Unterdrückung verstärkt, die zu deren Herausbildung führten.“²³⁶

SHERWIN kritisiert, dass die Care-Ethik Gefahr laufe, auf den sozialen Nahbereich beschränkt zu bleiben. Sie biete keine Grundlagen für die ethische Beurteilung der über persönliche Nahbeziehungen hinausgehenden Konsequenzen von Handlungen. Nicht

²³² Vgl. GILLIGAN 1995, 79-90.

²³³ Eine solche strikte Zuordnung hat GILLIGAN in späteren Veröffentlichungen relativiert (vgl. GILLIGAN 1995, 80).

²³⁴ Vgl. SHERWIN 1992, 45ff.; PAUER-STUDER 1996, 96ff.

²³⁵ Vgl. SHERWIN 1992, 50f.

²³⁶ PAUER-STUDER 1996, 97.

immer führten die aus persönlichen Beziehungen erwachsenden Präferenzen auch zu den moralisch gebotenen Handlungen. Die Perspektive sozialer Gerechtigkeit müsse in die ethischen Erwägungen miteinbezogen werden.²³⁷ SHERWIN geht in ihrer Kritik sogar soweit, die Care-Ethik nicht unter feministische Ansätze in der Ethik einzuordnen, weil stereotype „weibliche“ Werte als Grundlage für ethische Theoriebildung dienten. Die Care-Ethik vernachlässige die gesellschaftskritische Funktion, die für sie integraler Bestandteil einer jeden feministischen Ethik sein sollte.²³⁸ SHERWIN unterscheidet in feminine und feministische Ansätze innerhalb ethischer Theoriebildung und ordnet die Care-Ethik den femininen Ansätzen zu.²³⁹ Unabhängig von ihrer Kritik teilt SHERWIN einige Anliegen der Care-Ethik. Die Kritik an dem autonomen, unabhängigen Selbst als grundlegender moralischer Einheit, die Einbeziehung von Emotionalität und Zuwendung in ethische Urteilsbildung, die Betonung von Kontextualität in ethischer Urteilsbildung und die Berücksichtigung spezifischer weiblicher Erfahrungen seien wichtige Anregungen, die die Care-Ethik für eine feministisch-ethische Theoriebildung biete.

SHERWIN ordnet sich mit ihrer ethischen Theorie weder einer klassischen ethischen Theorierichtung zu, noch verortet sie sich innerhalb einer spezifischen feministischen Theorierichtung. Vielmehr verfolgt sie einen eklektischen Feminismus, d.h. sie übernimmt Elemente aus unterschiedlichen feministischen Theorierichtungen. Indem sie die Zahl der Grundannahmen in ihrer ethischen Theorie gering hält, hofft sie, sowohl für Feministinnen unterschiedlicher Theorierichtungen als auch für nichtfeministische Bioethikerinnen und Bioethiker anschlussfähig zu sein. Ich werde nun im Folgenden die theoretischen Grundzüge ihres ethischen Ansatzes darstellen.

²³⁷ Vgl. SHERWIN 1992, 52.

²³⁸ Vgl. SHERWIN 1996, 51.

²³⁹ Vgl. SHERWIN 1992, 42-66; so auch LEBACQZ 1995, 810f. ROSEMARIE TONG hingegen wendet sich gegen eine Kategorisierung in feminine und feministische Theorien. Für sie sind diejenigen care-ethischen Ansätze, die neben der Förderung von Werten wie Fürsorge und Empathie auch eine Analyse der Machtverhältnisse innerhalb von Fürsorgebeziehungen durchführen, und dadurch eine einseitige Festlegung der gesellschaftlich Benachteiligten auf die Rolle der Fürsorgenden vermeiden wollen, den feministischen Theorien zuzuordnen (vgl. TONG 1996, 72).

2.2.2 Ethische Grundlegung des Ansatzes von Sherwin

SUSAN SHERWIN bezeichnet ihre ethische Theorie als Ethik des Gesundheitswesens.²⁴⁰ Sie verwendet bewusst den Begriff der Ethik des Gesundheitswesens - im Gegensatz zu den üblichen Begriffen der Bioethik oder der Medizinethik - um die Zielrichtung ihrer ethischen Theorie deutlich zu machen. Die traditionelle Medizin- oder Bioethik wird weitestgehend von der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte dominiert. Wenige Beiträge beschäftigen sich mit einer Ethik der Pflegewissenschaften. Andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen oder auch Patienten- und Patientinnenverbände finden in der ethischen Diskussion wenig Gehör. SHERWIN will ihren ethischen Ansatz nicht nur im traditionellen biomedizinethischen Diskurs verortet wissen, sondern darüber hinaus den Horizont von Medizinethik erweitern.²⁴¹ Mit ihrer Ethik des Gesundheitswesens gibt sie auf unterschiedlichen Ebenen ethischer Reflexion Denkansätze, die für sie aus einer feministischen Perspektive erwachsen. SHERWINS Anliegen ist es: 1. gängige biomedizinethische Themen aus einer feministischen Perspektive beleuchten, 2. neue biomedizinethische Diskussionsfelder und Perspektiven eröffnen, und 3. Methoden und Terminologie biomedizinethischer Diskussion neu bestimmen.²⁴² Die Kategorien der Unterdrückung und Befreiung sind grundlegend in der ethischen Analyse von SHERWIN, die Überwindung von Unterdrückung ist zentrales Ziel ihrer Ethik.

„Critical to my analysis are the understandings that women are oppressed, that this oppression is pervasive in all aspects of social life, and that political action (that is, collective action on a broad scale) is necessary to understand and eliminate that oppression from our world.“²⁴³

Strukturen von Dominanz und Unterdrückung werden sowohl auf der Ebene ethischer Theoriebildung als auch auf der Ebene praktischer ethischer Probleme reflektiert. Im Folgenden werde ich darstellen, was SHERWIN unter Strukturen von Unterdrückung versteht und welche Implikationen diese Analyse für ihre ethische Theoriebildung hat.

²⁴⁰ Den von SHERWIN verwendeten Begriff *health care ethics* übersetze ich als Ethik des Gesundheitswesens, um die von ihr eingenommene Perspektive auf das Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung deutlich zu machen.

²⁴¹ Vgl. SHERWIN 1992, 3f.

²⁴² Vgl. SHERWIN 1998b, 420f.

²⁴³ SHERWIN 1992, 32.

2.2.2.1 Unterdrückung als grundlegende Kategorie

In Anlehnung an Analysen von MARILYN FRYE und IRIS M. YOUNG definiert SHERWIN Unterdrückung als eine ineinandergreifende Reihe von Beschränkungen und Ausgrenzungen, die die Entfaltungsmöglichkeiten der Mitglieder einer Gruppe aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu dieser Gruppe einschränken.²⁴⁴ Sie werden in den Möglichkeiten, „ihre Fähigkeiten zu entwickeln und auszuüben, und ihre Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle auszudrücken,“²⁴⁵ eingeschränkt. SHERWIN geht von einer strukturellen Unterdrückung von Frauen (aber auch von anderen Gruppen) aus, d.h. die Unterdrückung geschieht nicht allein durch individuelle Handlungen, sondern wird durch soziale Strukturen getragen und prolongiert. Sie entsteht durch oft unbewusste Vorurteile und Reaktionen durchaus wohlwollender Menschen, durch Darstellungen in den Medien und kulturellen Stereotypen. Sie entsteht als Effekt von Erziehungspraktiken, der bürokratischen Administration, der Produktion und Verteilung von Konsumgütern und der Reproduktion von gesellschaftlichen Normen und Regeln. Die strukturell bedingte Benachteiligung und Unterdrückung von Frauen aufgrund ihres Geschlechtes bezeichnet SHERWIN als Sexismus.²⁴⁶

Als Beleg für diese strukturelle Unterdrückung von Frauen führt SHERWIN einige Beispiele aus dem nordamerikanischen Kontext an, die in ähnlicher Weise für den deutschen Kontext gelten. Als offensichtliche Formen der Benachteiligung nennt sie den ungleich höheren Anteil von Frauen unter den Opfern sexualisierter und häuslicher Gewalt.²⁴⁷ Frauen sind ökonomisch benachteiligt, da sowohl ihre Einkünfte aus

²⁴⁴ Vgl. SHERWIN 1992, 13. Hilfreich zum Verständnis des Begriffes „Gruppe“ finde ich YOUNGS Definition. Sie versteht Gruppe als eine Gemeinschaft, deren Mitglieder durch ihre kulturelle Form, ihre Praktiken oder ihre Lebensweise von anderen unterschieden sind. Der Begriff Gruppe als soziale Kategorie bezieht sich also nicht auf eine reine Ansammlung von Personen mit bestimmten Eigenschaften, sondern diese Eigenschaften müssen identitätsstiftend für die Mitglieder der Gruppe sein. Die Identifikation mit dem gemeinsamen sozialen Status oder der gemeinsamen Geschichte bestimmt das Selbstverständnis der Gruppenmitglieder und das gegenseitige Verständnis (vgl. YOUNG 1996, 104ff.).

²⁴⁵ YOUNG 1996, 100.

²⁴⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 13; SHERWIN 1996a, 48. In der Diskussion um die strukturell bedingte Unterdrückung von Frauen aufgrund ihres Geschlechtes wird zumeist begrifflich (aus dem amerikanischen entlehnt) zwischen dem biologischen Geschlecht (*sex*) und dem sozialen Geschlecht (*gender*) unterschieden. *Gender* bezeichnet die soziale Konstruktion von Geschlechtsidentitäten, die Rollenzuschreibungen und gesellschaftlichen Erwartungen und Wahrnehmungen, denen Frauen ausgesetzt sind. Auch die Wahrnehmung von Körper ist entscheidend durch die herrschenden Normen, Werte und Konventionen geprägt. Geschlechtsidentität wird so nicht als Ergebnis „natürlicher“ biologischer Voraussetzungen sondern als Ergebnis sozialer Prozesse verstanden (vgl. PIEPER 1998, 339-341.348).

²⁴⁷ Die BKA-Statistik über die Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Jahr 2005 zeigt, dass 99,0% der Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung von männlichen Tatverdächtigen begangen wurden, die Opfer von Vergewaltigung und sexueller Nötigung in 95,7% der Fälle weiblich waren. Auch im Bereich sonstiger sexueller Nötigung fällt eine eindeutige geschlechtsspezifische Verteilung auf,

Erwerbstätigkeit als auch ihre Altersrenten durchschnittlich deutlich unter denen von Männern liegen.²⁴⁸ Während Mädchen aktuell eine bessere schulische Allgemeinbildung besitzen als Jungen,²⁴⁹ zeigt dies keine Fortsetzung in einer entsprechend qualifizierten Berufsausbildung.²⁵⁰ Für SHERWIN setzt sich diese Benachteiligung von Frauen auch im Erwerbsleben fort.²⁵¹ Der Anteil von Frauen in leitenden Positionen ist deutlich geringer als der von Männern.²⁵² Da Frauen immer noch den deutlich größeren Anteil an Haus- und Erziehungsarbeit leisten,²⁵³ viele Arbeitsstellen in leitenden Positionen jedoch mit Erziehungsarbeit nicht vereinbar sind, werden Frauen in ihrer beruflichen Weiterentwicklung oft benachteiligt. Insgesamt leisten Frauen täglich doppelt so viele unbezahlte Arbeitsstunden wie Männer.²⁵⁴ Weniger offensichtliche Formen der Benachteiligung finden nach SHERWIN auf der Ebene von Sprache (es werden überwiegend männliche Sprachformen benutzt) und Geschichtsschreibung (Geschichtsschreibung orientiert sich hauptsächlich an der Lebenssituation von Männern; die Beiträge von Frauen im kulturellen, wissenschaftlichen und politischen Bereich finden

98,1% der Tatverdächtigen sind männlich, 92,4% der Opfer weiblich. Im Bereich sexueller Missbrauch von Kindern und sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen zeigt sich eine leichte Veränderung in der geschlechtsspezifischen Verteilung. Während 96,4% bzw. 93,9% der Fälle von männlichen Tatverdächtigen begangen wurden, waren 23,2% bzw. 19,2% der Opfer ebenfalls männlich. 76,8% bzw. 80,8% der Opfer waren weiblich. Der einzige Straftatbestand gegen die sexuelle Selbstbestimmung mit einem deutlichen Anteil weiblicher Tatverdächtiger (24,3%) ist der Bereich Menschenhandel (vgl. BKA 2006, 137-140).

²⁴⁸ Das Einkommen von vollzeitbeschäftigten Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten lag 1996 im Durchschnitt ein Viertel unter dem der Männer. 1994 lag die durchschnittliche monatliche Rente der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen in den alten Bundesländern bei 628 DM (Männer 1562 DM), in der gesetzlichen Angestelltenversicherung lag die Durchschnittrente für Frauen bei 1028 DM (Männer 2131 DM). Die Armutsrate für Frauen nach der 50% Armutsgrenze lag 1995 für Frauen 2 Prozentpunkte höher als für Männer (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 24.87-89).

²⁴⁹ 1995 lag der Anteil an Mädchen in Gymnasien bei 54%, in Realschulen bei 50% (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 74).

²⁵⁰ Im Wintersemester 1997/1998 lag der Frauenanteil zu Studienbeginn zwar bei 48,6%, unter den Absolvierenden aber nur bei 41,3%. Unter Promovierenden betrug der Frauenanteil nur 32,0%, unter den Habilitierenden 15,7% (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 75f.).

²⁵¹ Nach Mikrozensusdaten betrug die Erwerbsquote für Frauen 1998 in den alten Bundesländern 63,0%, für Männer 80,2%. Frauen sind vor allem im Dienstleistungssektor beschäftigt. Der überwiegende Anteil der teilzeit und geringfügig Beschäftigten sind Frauen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 24.77).

²⁵² So betrug der Frauenanteil in der Professorenschaft im Wintersemester 1997/1998 nur 9%, C4-Lehrstühle waren sogar nur zu 5,5% mit Professorinnen besetzt. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 79).

²⁵³ Frauen sind unabhängig von ihrem sozialen Status, Bildungsniveau, Erwerbsstatus sowie der Existenz bzw. Anzahl der Kinder nach wie vor für den Bereich Haus- und Familienarbeit hauptverantwortlich (vgl. BRÜDERL/PAETZOLD 1992; KÜNZLER 1994).

²⁵⁴ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2002, 437.

weniger Beachtung und Anerkennung) statt.²⁵⁵ Auch im Bereich des Gesundheitswesens ließe sich die strukturelle Unterdrückung von Frauen erkennen, beispielsweise in einer zunehmenden Medikalisierung und Pathologisierung weiblicher Lebensphasen und Lebensereignisse wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause, der Ausrichtung medizinischer Forschung hauptsächlich an den Bedürfnissen und Gesundheitsrisiken privilegierter weißer Männer²⁵⁶ und dem größeren Anteil von Männern in Berufen mit hohem Einfluss im Gesundheitswesen (beispielsweise Ärzte) und von Frauen in Berufen mit geringerem Einfluss (beispielsweise Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen etc.).

SHERWIN ist sich bewusst, dass die von ihr angeführten Beispiele nicht von allen als Belege für eine strukturelle Unterdrückung von Frauen gewertet werden. Als Gegenbeweis werden Frauen angeführt, die sehr wohl machtvollen Positionen innehaben oder wohlhabend sind. Dies spricht für SHERWIN nicht gegen die These einer grundlegenden Unterdrückung von Frauen. Selbst wenn es einigen Frauen auch in einer patriarchalen Gesellschaft gelänge, persönliche Macht und Wohlstand zu erreichen, so seien Frauen jedoch mehrheitlich benachteiligt. Die unterschiedlichen Auswirkungen, die die strukturell bedingte Unterdrückung auf einzelne Individuen habe, können nicht über diese Strukturen als solche hinwegtäuschen.²⁵⁷ Als weiteres Gegenargument würden Frauen angeführt, die sich persönlich gegenüber Männern als nicht benachteiligt empfänden. Auch dieses spräche nicht gegen ihre These. Die Strukturen von Dominanz und Unterdrückung seien in der Gesellschaft so selbstverständlich und weitverbreitet, so eingeschrieben in die gewohnten Denkmuster, dass sie als solche nicht wahrgenommen würden.

„...part of the force of women's oppression is that it has been legitimized and entrenched in the prevailing cultural values to such a degree that the structure of oppression is obscured. The conditions of dominance are so pervasive, so much the normal state of things, that one needs to acquire a feminist consciousness to perceive the patterns of the discrimination.”²⁵⁸

Der destruktive Charakter dieser Strukturen könne nur wahrgenommen werden, wenn es gelingt, sich von den internalisierten gesellschaftlichen Normen zu lösen. Es gehöre gerade zum Wesen struktureller Unterdrückung, dass sich diese mit Hilfe von

²⁵⁵ Vgl. SHERWIN 1992, 14ff.; SHERWIN 1996a, 47f.

²⁵⁶ Vgl. SHERWIN 1996a; 55.

²⁵⁷ Vgl. SHERWIN 1992, 20.

²⁵⁸ SHERWIN 1992, 21.

internalisierten Normen und Werten fortschreibe.²⁵⁹ Machtausübung geschehe nicht nur durch bewusste individuelle Handlungen, sondern auch durch Integration in bestehende gesellschaftliche Normen.²⁶⁰ Unterdrückung im strukturellen Sinne sei in den wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Institutionen verankert und werde von den Individuen in ihrem alltäglichen Leben reproduziert, ohne dass sich diese dabei permanent als Unterdrücker oder Unterdrückte begriffen. Die Bewusstseinsbildung für die Strukturen von Dominanz und Unterdrückung in der Gesellschaft sei jedoch ein erster Schritt zur Veränderung dieser Strukturen.²⁶¹

Mit ihrer Analyse diskriminierender Strukturen geht es SHERWIN nicht um eine prinzipielle Stigmatisierung von Männern als Unterdrücker und Frauen als Opfer. Sie erkennt an, dass Männer Opfer anderer Formen der Unterdrückung wie Rassismus u.a. werden können. Viele Männer verurteilten Gewaltakte gegenüber Frauen und offensichtliche Formen der Diskriminierung. Sexismus schade letztlich auch den Männern, da sie ebenfalls in ihrer Geschlechtsidentität auf stereotype Verhaltensmuster festgelegt würden. Dennoch seien die Auswirkungen von Sexismus auf Männer und Frauen unterschiedlich. Als Gruppe profitierten Männer von ihrer besseren gesellschaftlichen Position, ihren besseren Chancen auf dem Arbeitsmarkt und der größeren Aufmerksamkeit, die ihren kulturellen Leistungen entgegengebracht werde. Wenn Männer an der Befreiung von Frauen aus diskriminierenden Strukturen mitarbeiten wollten, sei deshalb nicht nur eine Verurteilung diskriminierender Handlungen einzelner Männer nötig, sondern eine Veränderung der sozialen Strukturen. Dies schließe auch einen Verzicht auf bestimmte gesellschaftliche Privilegien ein.²⁶²

²⁵⁹ Vgl. SHERWIN 1992, 14.

²⁶⁰ Auf die Rolle von Normen zur Aufrechterhaltung von Machtsystemen wurde auch von anderen hingewiesen. So beschäftigte sich beispielsweise MICHEL FOUCAULT mit der Funktion von Macht in der modernen Gesellschaft. Er unterschied zwischen Souveränitätsmacht, die von einem Herrscher oder auch einer demokratisch legitimierten Regierung mittels Gesetzgebung, Militärmacht etc. ausgeübt wird, und Biomacht, die durch die Unterwerfung des Individuums unter ein Gefüge von Normierungen im Zuge seiner Subjektwerdung wirkt (siehe 2.1.3).

²⁶¹ FOUCAULT versteht Machtausübung als eine Weise, „das Feld möglichen Handelns der anderen zu strukturieren.“ Machtverhältnisse seien tief im gesellschaftlichen Netz verwurzelt. Eine Gesellschaft ohne Machtverhältnisse könne es nicht geben, da miteinander leben immer die Möglichkeit beinhalte, gegenseitig auf sein Handeln einzuwirken. „...die Aussage, es könne Gesellschaft nicht ohne Machtverhältnisse geben, heißt weder, daß die jeweils gegebenen auch notwendig sind, noch daß auf alle Fälle *die* MACHT im Herzen der Gesellschaft ein unvermeidliches Geschick darstellt, sondern daß die Analyse, die Herausarbeitung, die Infragestellung der Machtverhältnisse und des ‚Agonismus‘ zwischen Machtverhältnissen und der Intransitivität der Freiheit eine beständige politische Aufgabe ist, die jeglicher gesellschaftlichen Existenz innewohnt.“ (FOUCAULT 1987, 257).

²⁶² Vgl. SHERWIN 1992, 24f.

Strukturen von Dominanz und Unterdrückung sieht SHERWIN nicht nur im Verhältnis der Geschlechter, sondern auch zwischen anderen gesellschaftlichen Gruppen. So spielten beispielsweise Schichtzugehörigkeit, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Alter, Behinderung usw. für die persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten eine Rolle. Als Gruppe seien Angehörige der Unterschicht, Schwarze, Homosexuelle, alte Menschen und Menschen mit Behinderungen benachteiligt. Obwohl der Feminismus primär aus der Analyse der gesellschaftlichen Situation von Frauen entstanden ist, schließt sein emanzipatorischer Anspruch den Kampf gegen diese Formen der Unterdrückung ein.

„Generally, feminists share a recognition that women are oppressed in our society and an understanding that their oppression takes many different forms, compounded often by other forms of oppression based on features such as race, ethnicity, sexual orientation, and economic class. Because feminists believe that oppression is objectionable on both moral and political grounds, most are committed to transforming society in ways that will ensure the elimination of oppression in all its forms.“²⁶³

Eine differenzierte Analyse der unterschiedlichen Unterdrückungsstrukturen ist notwendig, um diese wirkungsvoll bekämpfen zu können.

Mit der Darstellung ihres Verständnisses von struktureller Unterdrückung begründet SHERWIN den zentralen Bezugspunkt ihrer gesundheitsethischen Theorie: den Kampf gegen Unterdrückung. Im Rahmen ihrer ethischen Theoriebildung setzt sie sich nun mit dem Verhältnis dieser Kategorie zu anderen Kriterien ethischer Urteilsfindung auseinander.

2.2.2.2 Die Spannung zwischen dem Absolutheitsanspruch ethischer Prinzipien und einem kontextuellen Zugang zu ethischer Reflexion

HERLINDE PAUER-STUDER charakterisiert das zentrale Anliegen in SHERWINS ethischer Theorie als „feministisches Konsequenzenprinzip: Maßgeblich für die moralische Beurteilung sozialer Praktiken ist, welche Folgen in Hinblick auf die Situation von Frauen daraus resultieren.“²⁶⁴ SHERWIN selbst steht der Charakterisierung ihres ethischen Hauptkriteriums als Prinzip ambivalent gegenüber. Sie grenzt sich deutlich von ethischen Theorien ab, die auf absoluten ethischen Prinzipien aufbauen und für sich moralische Objektivität beanspruchen. In den Kontext solcher prinzipienorientierter

²⁶³ SHERWIN 1996a, 47.

²⁶⁴ PAUER-STUDER 1994, 158. Dieser Einschätzung schließt sich auch EVA PELKNER an (vgl. PELKNER 2001, 230).

Theorien möchte sie nicht eingeordnet werden. Das Ziel ihrer ethischen Theoriebildung sei nicht die Erarbeitung absoluter Prinzipien, sondern die Formulierung von Perspektiven ethischen Urteilens. Sie möchte Ressourcen zur Analyse moralischer Probleme bereitstellen. SHERWIN versteht ihre ethische Theorie nicht als einzig mögliche Perspektive. Manchmal sei es zur Problemanalyse und -lösung nötig, Einsichten aus unterschiedlichen ethischen Perspektiven und Theorien zu gewinnen. Sie verwendet für ihre ethische Theoriebildung deshalb die Metapher einer Linse. Ethische Theorien seien wie Linsen, durch die ein moralisches Problem betrachtet werden könne.

„I recommend that we think of the ‚competing‘ theoretical options as a set of lenses available for helping to understand the complex moral dimensions of bioethics. Lenses are readily switched when we want a different ‚view‘ of something and they may even be layered on top of one another.

This does not mean that all approaches are equally valid nor that all proposed solutions are morally acceptable; it is just that we cannot always predict in advance which formulations are going to be the most morally instructive.“²⁶⁵

Die Metapher der Linse drückt für die SHERWIN die Flexibilität aus, die innerhalb biomedizinethischer Diskussion für das Verständnis der komplexen Fragen und Probleme nötig ist.

Ausgehend von ihrer feministischen Perspektive kritisiert SHERWIN absolute Prinzipien vor allen Dingen unter zwei Gesichtspunkten: die Analyse westlicher Gesellschaften zeige, dass absolute Prinzipien in der ethischen Diskussion vor allem zur Legitimierung bestehender Strukturen genutzt worden seien. Diese seien durch Dominanz und Unterdrückung geprägt. Absolute Prinzipien förderten Autoritätsgläubigkeit und seien unter Umständen kontraproduktiv im Kampf um eigenständiges ethisches Denken jenseits etablierter gesellschaftlicher Normen und um Befreiung aus struktureller Unterdrückung. Postmoderne Strömungen im Feminismus geben zu bedenken dass die Wahrnehmung von Realität maßgeblich kulturell geformt ist. Absolute Wahrheit und daraus abgeleitet absolute Prinzipien könne es nicht geben, da diese immer von ihrem kulturellen Kontext geprägt seien und somit auch veränderbar sind.²⁶⁶ ANNEMARIE PIEPER charakterisiert die folgende Erkenntnis als einen der Kernpunkte einer feministischen Perspektive:

²⁶⁵ SHERWIN 1999, 204. SHERWIN grenzt sich damit von der häufig in medizinethischer Literatur verwendeten Metapher der Rahmenbedingungen ethischen Urteilens ab (so auch bei BEAUCHAMP/CHILDRESS, siehe 2.1.2). Ethische Theorien als Rahmen zu verstehen ließe jeweils nur eine Blickrichtung auf ein ethisches Problem zu. Ihrer Ansicht nach ist es jedoch manchmal sinnvoll, ethische Theorien untereinander zu kombinieren und so verschiedene Perspektiven in Bezug auf dasselbe Problem einzunehmen.

„die Kategorienraster, durch die wir uns Welt erschließen, die Natur ebenso wie unsere Lebenswelt, (können) nicht von uns an der Welt gleichsam abgelesen werden, als handele es sich um objektive Bestandteile, die sich unserem Denken von selbst aufdrängen. Im Gegenteil ist es stets unsere subjektive Perspektive, die uns Natur und Menschenwelt nach Maßgabe unserer Erkenntnisinteressen und Rationalitätskonzepte verfügbar macht, d.h. als Konstrukteure, und wir sind Hypothesen- und Gesetzeskonstrukteure, die den Dingen eine Struktur unterstellen, die sie *an sich* und *für sich selber* nicht haben, sondern nur *für uns*, die wir in unserer Alltagswelt nicht weniger als in der Scientific Community einen gemeinsamen Verstehenshorizont entwerfen, innerhalb dessen die kategorialen Raster Orientierungsfunktion haben.“²⁶⁷

Auch moralische Überzeugungen lassen sich für SHERWIN nicht unabhängig von ihrem sozialen Kontext herleiten und begründen. Die Anerkennung ethischer Prinzipien sei abhängig von angeeigneten sozialen Normen und eigenen Erkenntnisinteressen. Eine feministische Perspektive auf ethische Theoriebildung zeichnet sich gerade dadurch aus, dass eigene Erkenntnisinteressen, eigene moralische Erfahrungen und eigene kulturelle und weltanschauliche Hintergründe offengelegt werden. Dadurch wird die soziale Verortung der ethischen Perspektive transparent und reflektierbar.²⁶⁸

Obwohl SHERWIN die epistemologische Kritik an einer universellen Perspektive teilt, warnt sie vor einem völligen moralischen Relativismus. Wenn jede ethische Perspektive und jedes System von Wertvorstellungen die gleiche Gültigkeit hätte, so würde die normative und kritische Kraft ethischer Überlegungen aushöhlt. Darum sei es notwendig, zwischen einem Respekt für unterschiedliche ethische Theorieansätze und einer allgemeinen Toleranz gegenüber jedweder ethischen Perspektive zu unterscheiden.²⁶⁹

Als Alternative sowohl zur universellen Prinzipienethik als auch zum moralischen Relativismus schlägt SHERWIN einen dritten Weg vor, den sie einen feministischen moralischen Relativismus nennt. Sie erkennt die Relativität ethischer Prinzipien an, da

²⁶⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 62ff.

²⁶⁷ PIEPER 1998, 350. Die erkenntnistheoretische Kritik an der Vorstellung von kontextunabhängigen, allgemeingültigen Aussagen und Prinzipien und von einer unvoreingenommenen, wertfreien Objektivität als Leitlinie wissenschaftlicher Forschung teilen nicht nur Feministinnen (vgl. HARDING 1994, 155ff.).

²⁶⁸ Mit ihrer Auffassung der Kontextabhängigkeit ethischer Normen steht SHERWIN im Gegensatz zu BEAUCHAMP und CHILDRESS. Diese gehen von einer von allen moralisch seriös denkenden Personen an allen Orten geteilten *common morality* aus, die sich unabhängig vom sozialen Kontext erschließen lässt (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3). Unklar bleibt bei BEAUCHAMP und CHILDRESS jedoch wie „moralisch seriös denkend“ definiert sein soll. Es ist zu vermuten, dass mit dieser Formulierung letztlich herrschende Rationalitätskonzepte gemeint sind, die von Feministinnen gerade als einzig anerkannte universelle Perspektive kritisiert werden. Zudem zeigt die Diskussion um die Universalität der Menschenrechte, dass die Idee individueller Grundrechte und Grundwerte der westlichen Tradition entspringt und beispielsweise im asiatischen Kontext nicht zwingend geteilt wird (siehe 2.1.7).

²⁶⁹ SHERWIN setzt sich hier exemplarisch mit der Praxis der Beschneidung von Frauen auseinander, die in einigen afrikanischen Ländern zwar als weithin kulturell verankert und moralisch akzeptiert gilt, ihrer Meinung nach aber trotzdem nicht als ethisch legitime Perspektive anerkannt werden kann (vgl. SHERWIN 1992, 73).

diese auf gesellschaftlichen Normen und Übereinkünften beruhen. Moralische Standards sind immer durch ihren historischen Kontext bedingt, sie sind nicht zeitlos gültig. Die in einer Gesellschaft geteilten moralischen Grundüberzeugungen sind für SHERWIN dennoch die sinnvollste Grundlage zur Formulierung ethischer Prinzipien. Ihr Verständnis der gesellschaftlich geteilten moralischen Grundüberzeugungen (*common morality*) unterscheidet sich von BEAUCHAMP und CHILDRESS. BEAUCHAMP und CHILDRESS verstehen die *common morality* als universelle Normen, die von allen rationalen Personen an allen Orten geteilt werden.²⁷⁰ Für SHERWIN sind auch die Normen der *common morality* historisch und kulturell bedingt. Sie könnten deshalb nicht unhinterfragt in ethischer Theoriebildung übernommen werden. Gerade verdeckte Strukturen der Unterdrückung würden dabei einfach reproduziert. Die moralischen Grundüberzeugungen müssen deshalb in ihrem Entstehungsprozess und ihrer Funktion untersucht werden. Da Machtgefüge einen Einfluss auf die moralischen Werte einer Gesellschaft haben, müssen diese Werte und Prinzipien in ihrem politischen Kontext betrachtet werden. Wessen Interessen werden durch die moralischen Werte und Prinzipien gefördert? Ist die gesellschaftliche Zustimmung zu diesen Werten und Prinzipien frei von Zwang, Ausbeutung und Täuschung entstanden? Folgt die Verständigung über moralische Grundüberzeugungen innerhalb der Gesellschaft demokratischen Prozessen und werden alle gesellschaftlichen Gruppen gleichberechtigt miteinbezogen? Bevor die Normen eines allgemeinen Moralempfindens übernommen werden können, muss zunächst eine kritische Betrachtung der ethischen Urteilsfindung innerhalb einer Gesellschaft erfolgen.

„...we must first make some evaluative judgements about the community itself and about the basis of the moral agreements that operate within it; that is, we must make some non-relative judgements about moral methodology that are prior to our evaluations of particular practices within any actual community.“²⁷¹

Im Gegensatz zu nichtfeministischen relativistischen ethischen Theorien, die eine Gesellschaft als gegeben ansähen und ihre ethischen Prinzipien aus deren moralischen Standards heraus entwickelten, betrachtet SHERWIN zunächst die soziale Struktur der Gesellschaft, deren moralische Standards sie übernehmen möchte. SHERWINS ethische Theoriebildung beginnt sozusagen mit einer Gesellschaftskritik. Während ethische Prinzipien für SHERWIN relativ sind, ist es ihre Forderungen bezüglich der Rahmenbedingungen ethischer Reflexion und Verständigung nicht. Gerechte politische Strukturen

²⁷⁰ Vgl. BEAUCHAMP /CHILDRESS 2001, 3.

sind absolut notwendig, um zu gerechtfertigten ethischen Aussagen zu gelangen. Ihre Forderung nach struktureller Gerechtigkeit will SHERWIN als eine methodologische Forderung, nicht als ein Prinzip im substantiellen Sinne, verstanden wissen.²⁷²

Diese Aussage steht allerdings im Widerspruch zu SHERWINS abschließenden Erklärungen zum Konzept des feministischen moralischen Relativismus:

„Feminist moral relativism remains absolutist on the question of the moral wrong of oppression but is relativist on other moral matters; in this way it is better able to incorporate feminist moral sensibilities.“²⁷³

Hier erhält Freiheit von Unterdrückung doch den Stellenwert einer moralischen Kategorie. Ihre Ablehnung von Unterdrückung siedelt SHERWIN nicht nur auf der politischen Ebene an, als rein methodologische Forderung hinsichtlich der Rahmenbedingungen ethischer Reflexion. Sowohl ihre politischen als auch ihre ethischen Analysen sind von einer prinzipiellen Ablehnung von Unterdrückung durchzogen.²⁷⁴ SHERWINS Gesellschaftsanalyse geschieht nicht vor der Formulierung ethischer Prinzipien, sondern ist bereits geprägt von moralischen Normen, von einer bestimmten Gerechtigkeitsvorstellung. Diese hat meiner Ansicht nach durchaus substantiellen Charakter, so dass Befreiung von Unterdrückung innerhalb von SHERWINS Theoriebildung als Prinzip in einem substantiellen Sinne verstanden werden kann. Auch wenn SHERWIN mit dem Gebrauch des Begriffes Prinzip vorsichtig ist, so misst sie Prinzipien innerhalb ihrer ethischen Theoriebildung eine wichtige Bedeutung bei. Das Prinzip des Kampfes gegen Unterdrückung erhält in ihrer ethischen Theorie den Status eines absoluten Prinzips. Alle anderen ethischen Prinzipien, die aus den gesellschaftlich geteilten moralischen Grundüberzeugungen entwickelt werden, werden zu diesem Prinzip in Beziehung gesetzt. Relativistisch ist SHERWINS ethische Theorie also nur hinsichtlich aller anderen Prinzipien, nicht aber hinsichtlich des Prinzips des Kampfes gegen Unterdrückung.

Ethische Prinzipien, auch das Prinzip des Kampfes gegen Unterdrückung, haben in ihrer abstrakten Formulierung für SHERWIN keine absolute Aussagekraft. Ihre Bedeutung erhalten sie erst durch ihre Einbettung in einen historischen, sozialen und kulturellen Kontext. Erst in der Formulierung kontextueller Details würden Konzepte und Prinzipien wie Unterdrückung, Befreiung, Gerechtigkeit, Autonomie u.a. begreif-

²⁷¹ SHERWIN 1992, 68.

²⁷² Vgl. SHERWIN 1992, 68.

²⁷³ SHERWIN 1992, 75.

²⁷⁴ Vgl. SHERWIN 1992, 82.

bar. SHERWIN sieht feministisch-ethische Theorien und traditionelle biomedizinethische Theorien in der Suche nach anwendungsorientierten und praxisnahen Formen ethischer Theoriebildung verbunden. Beide teilten die Frustration am Abstraktionslevel klassischer philosophischer Moraltheorien und das Ziel, mit ihrer ethischen Theoriebildung Leitlinien zu erarbeiten, die wirkliche Orientierungshilfen in den alltäglichen moralischen Problemen bieten können.²⁷⁵ Kontextualität ist für SHERWIN ein wichtiges Kriterium ethischer Theoriebildung.²⁷⁶ Der Berücksichtigung konkreter Umstände kommt dabei nicht erst auf der Ebene des praktischen Diskurses eine Bedeutung zu. Sie muss bereits auf der Ebene der Theoriebildung beginnen, denn

„die zugrundeliegende Moraltheorie (übt) einen eminenten Einfluss auf die konkrete Interpretation der ethischen Grundsätze aus und (bestimmt) die Anwendungsmodalitäten (...). Welchen kontextuellen Aspekten überhaupt moralische Bedeutsamkeit eingeräumt wird, hängt wesentlich von der Theorie ab, von der man ausgeht.“²⁷⁷

Ethische Theoriebildung beeinflusse die Analyse und Hervorhebung von kontextuellen Details, die für die ethische Beurteilung eines konkreten Problems als relevant angesehen werden. Obwohl in den meisten traditionellen biomedizinethischen Theorien Kontextanalyse eine große Rolle spiele, sei der Fokus der kontextuellen Analyse in traditionellen biomedizinethischen Theorien und in feministischen Theorien sehr verschieden.²⁷⁸ Bei der Bewertung von kontextuellen Besonderheiten zeigten sich häufig Unterschiede. Traditionelle Theorien bezögen Kontext meist nur auf die Faktoren des spezifischen Falles. SHERWIN spricht sich jedoch für eine systemorientierte Analyse aus. Die historischen und politischen Rahmenbedingungen sollten in die Kontextanalyse miteinbezogen werden. Bevor der spezifische Fall analysiert werde, sollten die gesellschaftlichen Auswirkungen der Praxis betrachtet werden. Kontextuelle Analyse im Sinne SHERWINS erhält neben der individuellen auch eine politische Dimension. Im Besonderen ist die Einbettung der Handlungen in Strukturen der Unterdrückung und Ausgrenzung zu beachten.²⁷⁹

„There is a need to define context in social and political terms and to consider actions in terms of practices with which each is connected, attending to the effect of these larger

²⁷⁵ Vgl. SHERWIN 1992, 76.

²⁷⁶ Mit ihrer Betonung eines kontextuellen Zugangs zu ethischer Reflexion befindet sich SHERWIN im Einklang mit den meisten feministischen ethischen Theorien (vgl. EICKMEIER 1998, 744; LEBACQZ 1995, 812, SHERWIN 1996a, 51; PIEPER 1998, 350).

²⁷⁷ PAUER-STUDER 1996, 105. Vgl. auch SHERWIN 1996a, 51.

²⁷⁸ Vgl. SHERWIN 1989, 57.

²⁷⁹ Vgl. SHERWIN 1989, 64; SHERWIN 1996a, 51f.

practices on women's pursuit of greater power in a society that currently subordinates them.²⁸⁰

SHERWIN kritisiert, dass die meisten biomedizinethischen Theorien eine strikte Trennung zwischen politischen Fragen und ethischen Überlegungen vollziehen und die Dimensionen von Macht und Unterdrückung in ihren Analysen unbeachtet lassen. Das Medizinsystem als solches werde in seiner Organisation und seiner gesellschaftlichen Funktion nicht hinterfragt. Dabei trage auch das Gesundheitswesen in seiner aktuellen Ausprägung zur Marginalisierung und Unterdrückung von Frauen bei. Aufgrund der hierarchischen Organisation des Gesundheitswesens, an der Frauen zum größeren Teil auf niedrigen Hierarchieebenen partizipieren, würden die spezifischen Bedürfnisse von Frauen in Therapie und Forschung zumeist nur ungenügend wahrgenommen und auf den Bereich der Reproduktion reduziert. Das nach wie vor stark asymmetrische Machtverhältnis zwischen Ärzten und Patientinnen fördere die Abhängigkeit von medizinischen Experten und mindere das Vertrauen von Patientinnen in ihre eigene Handlungsfähigkeit. Stereotype Frauenbilder innerhalb der Medizin beeinflussten Normwerte und Rollenverständnisse und verhafteten Frauen weiter in ohnehin schon bestehenden gesellschaftlichen Erwartungen.²⁸¹ Es sei notwendig, biomedizinethische Theoriebildung um die Kategorien der Dominanz und Unterdrückung zu erweitern, um diese Phänomene sichtbar und veränderbar zu machen.

Es ist SHERWINS Anliegen, ethische Theoriebildung kontextuell zu verankern. Dazu müssen Methoden entwickelt werden, wie theoretische Prinzipien und praktische Probleme miteinander in Beziehung gesetzt werden. SHERWIN greift an dieser Stelle, wie auch BEAUCHAMP und CHILDRESS, auf das von RAWLS ausgearbeitete Konzept des Überlegungsgleichgewichts (das bereits unter 2.1.2 dargestellt wurde) zurück. SHERWIN favorisiert eine weites Überlegungsgleichgewicht, in das Hintergrundtheorien, wohlüberlegte Urteile, Prinzipien und konkrete ethische Urteile miteinbezogen werden.²⁸² Ethische Prinzipien werden aus allgemeinen moralischen Grundüberzeugungen entwickelt und unter Berücksichtigung der Hintergrundtheorie der sozialen Gerechtigkeit revidiert. Gleichzeitig werden die Prinzipien auf ihren Aussagegehalt in der praktischen Anwendung auf alltägliche moralische Probleme hin überprüft. Der Fokus der Auf-

²⁸⁰ SHERWIN 1992, 91.

²⁸¹ Vgl. SHERWIN 1992, 84ff.

²⁸² Für die Differenzierungen der unterschiedlichen Formen der Überlegungsgleichgewichte vgl. CLAUSEN 2005, 383-385.

merksamkeit wandert kontinuierlich zwischen der Ebene der wohlüberlegten Urteile, ethischer Prinzipien und alltäglicher moralischer Erfahrung hin und her. Diese Ebenen bilden ein gegenseitiges Korrektiv und müssen miteinander in Einklang gebracht werden.

Die Ebene der praktischen moralischen Probleme umschließt bei SHERWIN nicht nur den Kontext einzelner Fälle, sondern auch die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen einzelner Praktiken. Die sozialen Strukturen der Gesellschaft, die den Kontext des ethischen Diskurses bildet, müssen in die ethische Reflexion miteinbezogen werden. Die Perspektiven der unterschiedlichen Personen und Gruppen, die von den moralischen Problemen betroffen sind, müssen wahrgenommen und in den Verständigungsprozess integriert werden. So entsteht für SHERWIN eine Form ethischer Theoriebildung, die an alltäglichen praktischen Problemen orientiert bleibt und zugleich die soziale und politische Dimension ethischer Überlegung mit einbezieht.²⁸³

Bevor im dritten Teil dieser Arbeit die Implikationen von SHERWINS ethischer Theoriebildung auf die Analyse und Beurteilung einer konkreten Praktik, der Präimplantationsdiagnostik, untersucht werden, soll in den folgenden Kapiteln SHERWINS feministische Revision traditioneller ethischer Themen und Konzepte wie Autonomie und Gerechtigkeit erläutert werden (2.2.3 und 2.2.4).

2.2.3 Das relationale Konzept der Autonomie

Eines der zentralen Prinzipien innerhalb westlicher biomedizinethischer Diskussion ist der Respekt vor den autonomen Entscheidungen von Patientinnen und Patienten.²⁸⁴ Auch SHERWIN hält in ihrer feministischen biomedizinethischen Theorie an der Bedeutung dieses Prinzips fest. In einer pluralistischen Gesellschaft, in der unterschiedliche Erfahrungen, Lebenseinstellungen und Werte der einzelnen Gesellschaftsmitglieder zum Alltag gehören, können Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte usw. die Bedürfnisse und Präferenzen von Patientinnen und Patienten nicht antizipieren. Gerade unter Berücksichtigung des Machtgefälles innerhalb von Behandlungssituationen zuungunsten von

²⁸³ Vgl. SHERWIN 1996b, 191-194.

²⁸⁴ siehe auch 2.1.3.

Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der physischen und psychischen Einschränkungen, die als Folge von Krankheit auftreten können, ist das Prinzip der Autonomie besonders wichtig. Es kann die Rechte und Interessen von Patientinnen und Patienten vor Übergriffen schützen und die Selbstbestimmung in Bezug auf diagnostische und therapeutische Optionen im Bereich des Gesundheitswesens stärken. Aus ihrer feministischen Perspektive heraus sieht SHERWIN einige Defizite in den gängigen Konzepten von Autonomie. Die Auswirkungen von struktureller Macht und Unterdrückung auf die Möglichkeit autonomer Entscheidungsfindung und Handlung blieben zumeist unberücksichtigt.²⁸⁵ Anstelle eines auf das Individuum fokussierten Konzeptes von Autonomie entwickelt SHERWIN deshalb ein relationales Konzept von Autonomie, das den Einfluss persönlicher Beziehungen und gesellschaftlicher Faktoren auf autonome Entscheidungen und Handlungen mitbedenkt.²⁸⁶

Nach SHERWIN werden in gängigen biomedizinethischen Theorien autonome Entscheidungen und Handlungen an folgenden vier Kriterien gemessen: 1. Die Patientinnen und Patienten sind ausreichend kompetent (rational), um in den sie betreffenden Fragen Entscheidungen zu treffen. 2. Sie können unter den verfügbaren Möglichkeiten eine vernünftige Auswahl treffen. 3. Sie haben ausreichende Informationen und ein ausreichendes Verständnis bezüglich der verschiedenen Optionen. 4. Die Wahl wurde frei von explizitem Zwang getroffen.²⁸⁷ Jedes dieser Kriterien berge unter dem Gesichtspunkt struktureller Unterdrückung Probleme in sich. Das Kriterium der Kompetenz werde häufig mit Rationalität gleichgesetzt. Mitglieder unterdrückter Gruppen werde jedoch häufig Rationalität abgesprochen, ihre Abweichung von herrschenden Normen als Irrationalität interpretiert. Sie unterlägen somit einer größeren Gefahr, als nicht kompetent eingestuft zu werden. Das zweite Kriterium, die vernünftige Auswahl unter den vorhandenen Optionen, benachteilige Mitglieder unterdrückter Gruppen. Sie seien in den Gremien, die über die im Gesundheitswesen angebotenen Diagnostiken und Therapien entscheiden, unterrepräsentiert. Ihre Interessen und Bedürfnisse fänden in der Auswahl der Optionen weniger Gehör und sie seien deshalb in stärkerem Maße von der

²⁸⁵ Auch BEAUCHAMP und CHILDRESS erwähnen in ihrem Konzept von Autonomie zwar den Einfluss, den persönliche Beziehungen und Verpflichtungen auf Entscheidungen und Handlungen haben können, halten diesen Einfluss für die Analyse eines Konzeptes von Autonomie jedoch für irrelevant. Sie berücksichtigen lediglich diejenigen Einflüsse, die einen direkten Zwang auf die Handelnden ausüben und derer sich die Handelnden nicht entziehen können, beispielweise körperliche Gewalt.

²⁸⁶ Vgl. SHERWIN 1998a, 19-23.

²⁸⁷ Vgl. SHERWIN 1998a, 26.

Limitierung von Therapieangeboten im Gesundheitswesen betroffen. Außerdem hätten sie bei der Auswahl von Forschungsschwerpunkten einen geringeren Einfluss. Dieses wirke sich negativ bezüglich des dritten Kriteriums aus, denn die Forschungsschwerpunkte bedingten die Informationen, die bezüglich einer Krankheit und Therapie überhaupt zur Verfügung gestellt werden können. So würden unter Umständen für sie relevante Informationen und Daten gar nicht erhoben. Das vierte Kriterium, die Freiheit von explizitem Zwang, sei für Mitglieder unterdrückter Gruppen besonders schwer zu bestimmen. Internalisierte Normen könnten Entscheidungsspielräume so einschränken, dass zwar nicht von einem expliziten äußeren Zwang gesprochen werden kann, wohl aber von einer Einschränkung autonomer Entscheidungsfähigkeit. Dieses Phänomen werde in traditionellen Konzepten von Autonomie entweder negiert oder zumindest als nicht relevant betrachtet und nicht näher erörtert. SHERWIN will diese strukturellen Einflüsse in ihre Analyse miteinbeziehen. Das Konzept der informierten Zustimmung, des *informed consent*, das zumeist als Ausdruck des Respekts vor Autonomie im Gesundheitswesen verstanden wird, hält SHERWIN in seiner praktischen Ausführung für nicht ausreichend. Zeitmangel und Ausbildungsdefizite auf Seiten der Behandelnden verhinderten oft ausreichende Aufklärung und Verständnis. Wachsender Kostendruck auf Seiten der Institutionen schränke die Optionen für die Patientinnen und Patienten zunehmend ein.

„In practice, the ideal of informed choice amounts to assuring patients of the opportunity to consent to one of a limited list of relatively similar, medically encouraged procedures....Unless we find a way of identifying a deeper sense of autonomy than that associated with the expression of individual preference in selecting among a limited set of similar options, we run the risk of struggling to protect not patient autonomy but the very mechanisms that insure compliant medical consumers, preoccupied with the task of selecting among a narrow range of treatments.“²⁸⁸

Die meisten biomedizinethischen Theorien bauten ihr Konzept von Autonomie auf der Vorstellung eines unabhängigen und selbstbezogenen Individuums auf. Dieses sei vornehmlich an der Durchsetzung seiner eigenen Bedürfnisse interessiert und müsse vor den Ansprüchen und Übergriffen anderer Individuen geschützt werden. SHERWIN kritisiert zusammen mit anderen feministischen Ansätzen diese weitverbreitete Grundannahme, die moralische Subjekte von Natur aus als „egoistische Nutzenmaximierer“ begreift.²⁸⁹ Dieses entspreche nicht den moralischen Erfahrungen von Frauen, die sich

²⁸⁸ SHERWIN 1998a, 28-29.

²⁸⁹ SHERWIN ordnet diese Kritik keinem konkreten Vertreter ethischer Theorien zu. Ein solches Menschenbild findet sich in vielen ethischen Theorien wieder, beispielsweise auch in RAWLS Theorie der Gerechtigkeit. Auch RAWLS konstruiert seinen Urzustand als eine Konkurrenzsituation zwischen emo-

in ihren ethischen Urteilen häufig auf die Bedürfnisse anderer Personen beziehen. Ein Konzept von Personalität, das von völlig unabhängigen Individuen ausgeht, sei irreführend, denn Personen existierten in ihren historischen, sozialen Bezügen und könnten nicht unabhängig von diesen gedacht werden. Moralische Werte und Normen werden innerhalb dieser Bezüge ausgebildet und unterliegen sowohl der Einflussnahme durch persönliche Beziehungen als auch den strukturellen Zwängen des gesellschaftlichen Umfeldes.²⁹⁰ Personalität ist für SHERWIN kein Status, den eine Person besitzt, sondern ein Prozess. Sie versteht das Selbst als relationales, soziales Wesen, das in einem Netz von persönlichen und politischen Beziehungen geformt und verändert wird.

„Under a relational view, autonomy is best understood to be a capacity or a skill that is developed (and constrained) by social circumstances.“²⁹¹

Der Schwerpunkt von SHERWIN'S Analyse liegt nicht in der Bestimmung von ontologischen Merkmalen, die eine Person zu autonomen Entscheidungen und Handlungen befähigen. Stattdessen widmet sie sich der Analyse der Bedingungen, die die Ausbildung der Fähigkeit zu autonomen Entscheidungen und Handlungen fördern. Kennzeichen autonomer Entscheidungen und Handlungen ist die Selbstbestimmtheit. Diese sieht SHERWIN nicht nur durch explizite äußere Zwänge gefährdet, sondern auch durch internalisierte Normen und strukturelle Zwänge, die von vornherein die Wahlmöglichkeiten für Individuen einschränken. Besonders die Mitglieder unterdrückter und ausgegrenzter Gruppen sind in ihren Optionen beschränkt. Beispielweise unterzögen sich viele Frauen teuren und risikoreichen kosmetischen Operationen. Dies geschehe ohne äußeren Zwang. Die Tatsache, dass Frauen jedoch zu einem großen Teil über ihr Aussehen definiert werden und ihr Selbstwertgefühl oft entscheidend von diesem abhängt, mache es fragwürdig, ob diese Operationen Ausdruck selbstbestimmter Ziele oder Anpassung an internalisierte gesellschaftliche Schönheitsnormen seien.²⁹² Ein Konzept von Autonomie dürfe also nicht nur die einzelne Entscheidung oder Handlung betrachten, sondern müsse auch deren gesellschaftliche Rahmenbedingungen analysieren. Das weitverbreitete individualistische Konzept von Autonomie fokussiere seine Aufmerk-

tional nicht aneinander gebundenen Individuen. Aufgrund von vernünftigen Erwägungen seien die Individuen jedoch bereit, Regeln für ein moralisches Zusammenleben zu vereinbaren. RAWLS geht von einer ideellen Verhandlungssituation aus, in der die Personen aufgrund der Tatsache, dass sie ihren späteren realen Status in der Gesellschaft nicht vorhersehen können (der sogenannte Schleier des Nichtwissens), sich auf Regeln des Zusammenlebens einigen, die auch die Schwächsten der Gesellschaft schützen (vgl. RAWLS 1988, 149).

²⁹⁰ Vgl. PAUER-STUDER 1996, 107; SHERWIN 1996a, 52f.; SHERWIN 1998a, 34f.

²⁹¹ SHERWIN 1998a, 36.

samkeit nur auf den Moment der informierten Zustimmung der einzelnen Patientinnen und Patienten. Es vernachlässige die Analyse des Einflusses, den persönliche Beziehungen und politische Rahmenbedingungen auf die Fähigkeit des Individuums zur Ausübung von Autonomie bezüglich der spezifischen Entscheidungen haben.²⁹³

SHERWIN unterscheidet in ihrem Ansatz zwischen *agency*, der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, und *autonomy*, der Fähigkeit, selbstbestimmt zu handeln. Auch Mitglieder unterdrückter Gruppen können Entscheidungen bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens treffen. Insofern sie in ihren Entscheidungen die Normen reproduzieren, die zu ihrer Unterdrückung beitragen, sind diese Entscheidungen jedoch nicht unbedingt als autonom anzusehen.

„...the habits of equating agency (the making of a choice) with autonomy (self-governance) and accepting as given the prevailing social arrangements have the effect of helping to perpetuate oppression: when we limit our analysis to the quality of an individual's choice under existing conditions (...), we ignore the significance of oppressive conditions.

In order to ensure that we recognize and address the restrictions that oppression places on people's health choices, then, we need a wider notion of autonomy that will allow us to distinguish genuinely autonomous behaviour from acts of merely rational agency.“²⁹⁴

SHERWIN spricht den Mitgliedern unterdrückter Gruppen nicht jede Möglichkeit autonomen Handelns ab. Sie will jedoch auf die Einschränkungen autonomen Handelns aufmerksam machen, die durch strukturelle Unterdrückung bedingt sind. Um diese Einschränkungen auszugleichen, müssen die gesellschaftlichen Strukturen verändert werden. Mittelfristig können Patientinnen und Patienten, die marginalisierten Gruppen angehören, in ihrer Autonomiefähigkeit gestärkt werden, indem im Entscheidungsprozess mehr Sorgfalt auf die Vermittlung medizinischer und soziologischer Informationen verwandt wird und ein stärkeres Bewusstsein für ihre spezifischen Bedürfnisse und Probleme entwickelt wird. Langfristig können Programme zur Gesundheitserziehung zu mehr Informationsvermittlung und somit einer größeren Möglichkeit der Selbstbestimmung beitragen. Auch eine stärkere Beteiligung marginalisierter Gruppen an der Auswahl von Forschungsvorhaben und Therapieoptionen wird deren Autonomiefähigkeit steigern.²⁹⁵ Letztendlich ist eine gemeinsame Anstrengung zum Ausgleich von Hierarchien und Machtunterschieden nötig, um Patientinnen und

²⁹² Vgl. SHERWIN 1998a, 28.

²⁹³ Vgl. SHERWIN 1998a, 31ff.

²⁹⁴ SHERWIN 1998a, 33.

²⁹⁵ Vgl. SHERWIN 1998a, 38f.

Patienten einen selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu ermöglichen.

SHERWINS Intention ist es, das Prinzip des Respekts vor Autonomie mit dem Prinzip sozialer Gerechtigkeit zu verbinden, um die Möglichkeiten autonomer Entscheidungsfindung und Handlungen für alle Mitglieder der Gesellschaft zu fördern. Sie vertritt ein relationales Konzept von Autonomie, um zu zeigen, dass die Fähigkeit zu Autonomie eine sozial erworbene Fähigkeit ist und die Förderung von Autonomie ein gemeinsames soziokulturelles Projekt ist, auch wenn sich die Fähigkeit zur Autonomie in jeder einzelnen Person manifestiert.

2.2.4 Das Kriterium der sozialen Gerechtigkeit

SHERWIN grenzt sich in ihrem Verständnis von Gerechtigkeit von traditioneller bio-medizinethischer Literatur ab, die unter Gerechtigkeit allein eine Verteilungsgerechtigkeit versteht. Die beiden grundlegenden Fragestellungen traditioneller Ansätze seien einerseits die Zugänglichkeit von Gesundheitsversorgung und andererseits die Finanzierung und Rationalisierung von Gesundheitsleistungen.²⁹⁶ Unter dem Begriff der Gerechtigkeit werde dann die faire Verteilung von Kosten und Nutzen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung unter den Mitgliedern einer Gesellschaft diskutiert. Die Diskussion werde zumeist auf der Ebene theoretischer Verteilungsregeln geführt und Ansprüche mit Hilfe von Rechten legitimiert. Dabei wird nach SHERWIN vielfach übersehen, dass nicht alle Personen in gleicher Weise von abstrakten Regeln betroffen sind und ihre Rechte nicht in gleicher Weise durchsetzen können. In der Praxis haben Individuen aufgrund ihres Geschlechtes, ihrer Schichtzugehörigkeit, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters usw. unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung. Ein Konzept von Verteilungsgerechtigkeit, das von gleichen Individuen ohne Berücksichtigung dieser Faktoren ausgeht, verschleiert deshalb die realen Unterschiede im Zugang zum Gesundheitswesen und kann keine wahre Verteilungsgerechtigkeit herstellen. Es verhindert die Wahrnehmung

²⁹⁶ Vgl. SHERWIN 1996b, 194. Auch an dieser Stelle spezifiziert SHERWIN leider nicht näher, von welchen traditionellen ethischen Theorien sie sich abgrenzt.

ungerechter Strukturen und deren Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung.²⁹⁷ Für SHERWIN bedeutet das nicht, dass Fragen der Verteilungsgerechtigkeit in einer feministischen Ethik der Gesundheitsversorgung keinen Raum haben. Sie sind aber nur als Teil eines viel umfassenderen Verständnisses von Gerechtigkeit zu sehen.

SHERWIN versteht das Prinzip der Gerechtigkeit primär als soziale Gerechtigkeit. Mit YOUNG weist sie darauf hin, dass strukturelle Unterdrückung einen wesentlichen Anteil an der ungerechten Verteilung von Gütern, Nutzen und Lasten in einer Gesellschaft hat. Ökonomische Ressourcen und sozialer Status sind statistisch gesehen Einflussfaktoren für Gesundheitsstatus und Krankheitshäufigkeiten. Die Analyse von struktureller Dominanz und Unterdrückung ist für SHERWIN ein wichtiger Aspekt in einem ethischen Konzept von Gerechtigkeit. Werde eine solche Analyse nicht in die ethischen Überlegungen miteinbezogen, so werde die soziale Ungerechtigkeit lediglich reproduziert. Das Ziel eines Gerechtigkeitskonzeptes im Bereich des Gesundheitswesens sollte es sein, Strukturen der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen, die den Bedürfnissen aller Mitglieder einer Gesellschaft gerecht werden. Dazu ist es nötig, sich nicht nur auf Regeln zur Verteilung bereits etablierter Gesundheitsleistungen zu beschränken. Vielmehr müssen auch andere Problemkomplexe mitbedacht werden. Der Gesundheitsstatus von Individuen ist nicht allein durch ihren Zugang zu medizinischer Versorgung bestimmt. Die Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsrate in westlichen Ländern ist in entscheidenderem Maße auf Verbesserungen der Hygiene und Ernährung zurückzuführen als auf medizinische Therapien. Obwohl diese Tatsache laut SHERWIN weithin bekannt ist, wird in der Diskussion um die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hauptsächlich über die Einführung neuer medizinischer Behandlungsmethoden debattiert. Investitionen in die Verbesserung der Situation gerade von sozial Benachteiligten in einer Gesellschaft werden aus der Debatte ausgeklammert, obwohl sie wahrscheinlich in viel größerem Maße zur Verbesserung der Volksgesundheit beitragen würden. Alle Maßnahmen, die zur Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Wohlbefindens beitragen, sollten in ethische Überlegungen über eine gerechte Gesundheitsversorgung einfließen.

„A more foundational analysis of the standard of justice in the domain of health would begin with a much broader conception of health care that includes all measures that con-

²⁹⁷ Vgl. SHERWIN 1996b, 203f.

tribute to opportunities for improved health, for example, protection against avoidable threats such as environmental poisons, physical assault, and psychological abuse.“²⁹⁸

SHERWIN fordert, dass präventive Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung ein höheres Gewicht erhalten. Dabei müssten unter dem Kriterium der Gerechtigkeit die Mitglieder unterdrückter Gruppen in besonderem Maße berücksichtigt werden. Sie seien in ihrem alltäglichen Leben permanenter Diskriminierung und der Gefahr gewalttätiger Übergriffe ausgesetzt. Dieses habe Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden und auf ihre (psychische) Gesundheit. Langfristig könnten diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur durch gesamtgesellschaftliche Anstrengungen vermieden werden, beispielsweise durch Antidiskriminierungsgesetze, Förderung von Beratungsangeboten und Aufklärungskampagnen. Auch in anderen Bereichen könnte Krankheitsrisiken nicht individuell begegnet werden, beispielsweise beim Schutz vor Umweltgiften. Hier seien staatliche Institutionen gefragt, Verantwortung für die Gesundheitsförderung der Bürgerinnen und Bürger zu übernehmen. Anstelle der einseitigen Förderung therapeutischer Medizin, die zudem in ihrer Ausrichtung an den Bedürfnissen der privilegierten gesellschaftlichen Gruppen orientiert ist, ist ein Umdenken hin zu einer stärkeren Verschränkung von therapeutischen und sozialen Maßnahmen nötig, um eine sozial gerechte Gesundheitsversorgung zu erreichen. Nur durch eine stärkere Einbeziehung der Mitglieder von gesellschaftlich benachteiligten Gruppen in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen können deren Bedürfnisse adäquat wahrgenommen und berücksichtigt werden.

2.2.5 Würdigung und Kritik

Als „Meilenstein der feministisch-philosophischen Auseinandersetzung mit der Medizinethik“²⁹⁹ würdigt HERLINDE PAUER-STUDER die ethische Theorie von SUSAN SHERWIN. In dem relativ neuen Feld der feministischen biomedizinischen Ethik veröffentlichte SHERWIN bereits 1992 ihren ethischen Entwurf. Sie entwickelt Eckpunkte einer feministisch-ethischen Theorie des Gesundheitswesens. SHERWIN erhebt dabei nicht den Anspruch, eine vollständig ausgearbeitete ethische Theorie zu präsen-

²⁹⁸ SHERWIN 1996b, 201.

²⁹⁹ PAUER-STUDER 1994, 157.

tieren. Vielmehr will sie eine feministische Perspektive auf biomedizinethische Theoriebildung aufzeigen und darstellen, wie diese verändert werden muss, damit sie den moralischen Erfahrungen und der Lebenssituation von Frauen gerecht wird (siehe 2.2.2). SHERWINS Hauptanliegen ist es, mit ihren Eckpunkten einer feministisch-ethischen Theorie des Gesundheitswesens zu weiterführendem Nachdenken anzuregen. Die von ihr entwickelte Perspektive der Befreiung von struktureller Unterdrückung soll auf weitere ethische Konzepte und Themen angewandt werden. Analog zu ihren Erörterungen der Prinzipien der Gerechtigkeit und der Autonomie hält sie auch ähnliche Untersuchungen der Prinzipien der Fürsorge, des Nichtschadens und anderer traditioneller ethischer Konzepte für wünschenswert.³⁰⁰ Dabei ist es meiner Ansicht nach nicht zufällig, dass SHERWIN zunächst die ethischen Prinzipien der Gerechtigkeit und der Autonomie positiv aufgreift. Sowohl das Prinzip des Nichtschadens als auch das Prinzip des Wohltuns werden traditionell häufig unter dem Gesichtspunkt der Rechtfertigung paternalistischer Interventionen (sei es nun in schwacher oder starker Form) diskutiert und als Konflikt zwischen diesen beiden Prinzipien und dem Prinzip der Autonomie gefasst.³⁰¹ Zumeist werden unter Bezugnahme auf die Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns auch Handlungen und Entscheidungen gegen den expliziten Willen der Patientinnen und Patienten in Erwägung gezogen. Da nach SHERWINS feministischer Gesellschaftsanalyse Frauen in ihren Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten ohnehin schon eingeschränkt sind, erscheint eine weitergehende Einschränkung dieser Möglichkeiten wenig wünschenswert. Die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge sind ausgehend von SHERWINS feministischer Perspektive sicherlich schwerer positiv zu fassen als die Prinzipien der Autonomie und der Gerechtigkeit.³⁰²

SHERWIN will nicht nur zu weiterführendem Nachdenken hinsichtlich der traditionell innerhalb der Biomedizinethik diskutierten Probleme anregen, sondern den Blick für weitere Themenbereiche schärfen, beispielsweise das Verständnis von Krankheit und Gesundheit sowie die Rolle der Medizin in der Normierung und Pathologisierung von Körpern, Körperfunktionen, sozialem Verhalten und sexuellem Verhalten.³⁰³ Aus-

³⁰⁰ Vgl. SHERWIN 1996b, 205.

³⁰¹ Vgl. SHERWIN 1992, 137ff.; siehe auch 2.1.5.

³⁰² GILLIGANS ethische Theorie, die auf einer Perspektive der Fürsorge basiert, lehnt SHERWIN in dieser Form ab (siehe 2.2.1).

³⁰³ Als Beispiele führt SHERWIN an, dass viele Ärzte sowie die WHO die Menopause als krankhaften, therapiebedürftigen Status des Östrogenmangels definieren. Ferner werde gemäß gesellschaftlichen Schönheitsidealen von Frauen erwartet, dass sie dünn sind. Von medizinischer Seite wird dieser Erwartungsdruck unterstützt, indem vor den gesundheitlichen Gefahren von Übergewicht gewarnt wird. Dies

gehend von ihrer feministisch-ethischen Perspektive eröffnet sie neue Diskussionsfelder. SHERWIN hat grundlegende Züge einer feministischen Biomedizinethik entwickelt. Diese müssen nun weiter ausgearbeitet und ergänzt werden.³⁰⁴ SHERWIN lädt hierzu explizit andere Ethikerinnen und Ethiker ein. Feministische Biomedizinethik ist ein relativ neues Themengebiet innerhalb biomedizinethischer Diskussion. Angesichts dieser Tatsache halte ich SHERWINS Ansatz, eine ethische Perspektive zu entwerfen und zu weiterführendem Nachdenken anzuregen, für legitim.

Dennoch lässt SHERWINS ethischer Ansatz etliche Fragen offen und an einigen Stellen hätte ich mir eine ausführlichere Darstellung ihrer Analysen und Kritikpunkte gewünscht. Die Auseinandersetzung mit traditionellen ethischen Theorierichtungen innerhalb ihrer Darstellung bleibt eher kursorisch (siehe 2.2.2). Auch die Darstellung traditioneller Positionen zu materiaethischen Themen ist eher oberflächlich.³⁰⁵ In der Erörterung einiger Konzepte und Praktiken, beispielsweise den Ausführungen zu ihrem Gerechtigkeitsverständnis, hätte ich mir konkretere Vorschläge zur Umsetzung ihres Konzeptes in der Praxis gewünscht (siehe 2.2.4). Insgesamt bietet ihr Ansatz eine Fülle von Anregungen sowohl auf der Ebene ethischer Theoriebildung als auch hinsichtlich materiaethischer Themen. Diese sind durchaus auch für nichtfeministische Ethikerinnen und Ethiker anschlussfähig, wie die positive Würdigung von SHERWINS ethischer Theorie durch JAN CROSTHWAITE zeigt:

„I am sympathetic to both Sherwin’s feminist and philosophical orientation, and I agree with her about the need for bioethics to be informed by a feminist awareness and to address the political concern she identifies as distinctive of a feminist ethic. I agree also with many of the particular points she makes in discussing particular issues. I think this book is a valuable addition to both bioethics and feminist literature.”³⁰⁶

Viele Anliegen ihrer gesundheitsethischen Theorie teilt SHERWIN mit anderen aktuellen Ansätzen in der biomedizinethischen Theoriebildung: die Verankerung von Kontextsensitivität innerhalb ethischer Theoriebildung, die Würdigung der Bedeutung

führe dazu, dass 75% der amerikanischen Frauen sich selbst als übergewichtig empfänden. Medizinische Gewichtsreduktionsprogramme würden zu 95% von Frauen besucht, obwohl Übergewicht medizinisch gesehen kein rein weibliches Problem darstelle. SHERWIN kritisiert außerdem, dass Homosexualität von psychiatrischer Seite über lange Zeiträume als per se als mentale Störung definiert wurde (vgl. SHERWIN 1992, 179-240).

³⁰⁴ „I have spelled out some important features of what I envision as a feminist ethics of health care, but this is not an exhaustive description. This book represents an initial step in the task of developing such an ethics, but much more work remains to be done. Others will add further dimensions.” (SHERWIN 1992, 94).

³⁰⁵ Ihre Darstellung von Konzepten und Praktiken ist nicht umfassend, sondern sehr auf ihre feministische Perspektive fokussiert (vgl. CROSTHWAITE 1995, 73).

³⁰⁶ CROSTHWAITE 1995, 72.

von Emotionen innerhalb ethischer Reflexion und die Analyse von Machthierarchien innerhalb des Gesundheitswesens (siehe auch 2.1.1). CROSTHWAITE würdigt speziell SHERWINS Vorschläge zum Ausgleich von Machthierarchien im Gesundheitswesen: verstärkte Investitionen in eine breite Vermittlung von medizinischen Wissen, Integration von Mitgliedern unterdrückter Gruppen bei der Festlegung von Therapieangeboten, Forschungsvorhaben und in Ethikkommissionen sowie die Suche nach neuen Modellen des Arzt-Patienten-Verhältnisses.³⁰⁷ Da von Ärztinnen und Ärzten zu Patientinnen und Patienten ein Machtgefälle bestehe, seien ethische Theorien, die von einer Kommunikation zwischen gleichen Individuen ausgehen, für die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung ungeeignet. Stattdessen sei es notwendig, die Machtunterschiede zu benennen und nach Konzepten zu suchen, die diese unterschiedlichen Voraussetzungen in die ethische Reflexion mit einbeziehen. Die moralische Relevanz von sozialen Bindungen und Abhängigkeiten müsse betrachtet werden und moralische Pflichten für den je spezifischen Kontext sollten formuliert werden.³⁰⁸ Einige dieser Vorschläge seien zwar nicht neu, stießen aber gerade innerhalb der Ärzteschaft auf große Widerstände.

Einen großen Teil ihrer theoretischen Überlegungen widmet SHERWIN der Auseinandersetzung mit Absolutismus und Relativismus innerhalb ethischer Theoriebildung. PAUER-STUDER hält diese Auseinandersetzung für einen der bemerkenswertesten und weiterführendsten Beiträge von SHERWINS ethischer Theorie.³⁰⁹ SHERWIN entwickelt ihren ethischen Entwurf ausgehend von ihrem zentralen Prinzip des Kampfes gegen Unterdrückung. Diese Perspektive durchzieht ihre gesamte ethische Theorie und wird innerhalb ihres Ansatzes durch kein anderes Prinzip infrage gestellt oder außer Kraft gesetzt. Dennoch erkennt auch SHERWIN die Relativität ethischer Prinzipien an, weil diese inhaltlich durch den historischen und sozialen Kontext bedingt seien. SHERWIN nimmt eine Mittelposition zwischen einem moralischen Absolutismus und einem totalen Relativismus ein. Sie setzt zwar ein absolutes Prinzip voraus: die Befreiung von struktureller Unterdrückung. Die letztendliche Bedeutung erhält dieses Prinzip jedoch nicht in seiner abstrakten Form, sondern erst in der Spezifizierung für den jeweiligen Kontext und die jeweilige soziale Praxis (siehe 2.2.2). Mit dem zentralen Stellenwert, den das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung bei ihr erhält, nimmt SHERWIN m. E. bei allem

³⁰⁷ Vgl. CROSTHWAITE 1995, 72ff.

³⁰⁸ Vgl. dazu auch PAUER-STUDER 1994, 159; PELKNER 2001, 250.

Bemühen um Relativität innerhalb ihrer ethischen Theoriebildung eine starke normative Setzung vor. Sie muss sich der Frage stellen, in welcher Weise der ethische Diskurs geführt werden soll, wenn andere Theorieansätze dieser Prämisse nicht folgen.³¹⁰ SHERWIN bietet an dieser Stelle den Verweis auf formale ethische Forderungen: die Einigung innerhalb eines gerechten Diskurses zwischen gleichberechtigten Diskussionsteilnehmerinnen und –teilnehmern. Letztlich ist aber auch ihr Entwurf einer Verfahrensgerechtigkeit geprägt von ihrem substantiellen Verständnis von Gerechtigkeit. So gelingt es auch ihr nicht vollständig, die Spannung zwischen einer relativistischen Ethik und der Notwendigkeit normativer Prämissen aufzulösen. Die Frage, wie der ethische Diskurs innerhalb einer pluralen Gesellschaft geführt werden kann und auf welchen Ebenen Verständigung und Einigung möglich ist, bleibt eine der spannenden Fragen moderner Ethik. SHERWINS Verweis auf die Notwendigkeit einer kontextuellen Bestimmung ethischer Prinzipien ist ein wertvoller Ansatz, um ethische Prinzipien innerhalb der eigenen ethischen Theorie überprüfen und modifizieren zu können. Die kontextuelle Analyse moralischer Probleme und Prinzipien wird meiner Ansicht nach den Verständigungsprozess unterschiedlicher ethischer Perspektiven jedoch nicht vereinfachen, denn gerade in der Spezifizierung und Abwägung ethischer Prinzipien kann es zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

SHERWIN nimmt in ihrem ethischen Ansatz eine starke Verknüpfung zwischen Politik und Ethik vor. Sie grenzt sich damit deutlich gegen die Trennung von Politik und Ethik in traditionellen ethischen Entwürfen ab.³¹¹ Obwohl CROSTHWAITE mit SHERWIN in vielen ihrer politischen Analysen übereinstimmt, empfindet er jedoch Vorbehalte gegenüber ihrer engen Verknüpfung von Ethik und Politik.

„...I do have some concerns about a primarily political characterization of ethics. A political dimension is an essential part of deliberation about issues of health-care policy, and to some extent of ethical assessment of specific individual dilemmas or problems. But the interconnections between ethics and politics seem to me to be in need of much further exploration.“³¹²

Folgende Kritikpunkte bringt er gegen ihre Verknüpfung von Politik und Ethik vor:

1. Die starke Orientierung an der sozialen und politischen Dimension ethischer Pro-

³⁰⁹ PAUER-STUDER 1994, 158f.

³¹⁰ So hält CROSTHWAITE das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung zwar für ein wichtiges und beachtenswertes Prinzip, widerspricht jedoch dem primären Stellenwert, den dieses Prinzip in SHERWINS Theorie erhält (vgl. CROSTHWAITE 1995, 76f.).

³¹¹ Vgl. PAUER-STUDER 1994, 158; PELKNER 2001, 228.

³¹² CROSTHWAITE 1995, 75.

bleme sei hilfreich in der Diskussion von Richtlinien und Gesetzen. Für die Diskussion individueller Fälle sei sie weniger geeignet. 2. Das aus SHERWINS politischer Perspektive abgeleitete Prinzip der Bekämpfung von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung sei zwar ein wichtiger Bestandteil ethischer Reflexion und sollte zukünftig stärkere Beachtung finden, es müsse aber zu anderen ethischen Prinzipien in Beziehung gesetzt werden. Die übergeordnete Stellung, die ihre politische Perspektive im Rahmen ihrer ethischen Theoriebildung habe, teile er nicht. 3. Die Betonung ihrer feministisch-politischen Perspektive führe zu einer Vernachlässigung anderer Formen struktureller Unterdrückung in ihren kontextuellen Analysen.³¹³

CROSTHWAITES erster Einwand bezieht sich auf den Anwendungsbereich von SHERWINS Theorie. Eine politisch-ethische Theorie sei hauptsächlich für die ethische Beurteilung moralischer Probleme im öffentlichen Raum, von Richtlinien und Gesetzen, geeignet. Moralische Probleme im klinischen Alltag seien damit schwer zu fassen. Tatsächlich ist SHERWINS Theorie für den Themenbereich der regulativen Ethik von besonderer Bedeutung. Allerdings macht sie gerade darauf aufmerksam, dass sich soziale Strukturen auf jeden Einzelfall auswirken und dass in deren Analyse die Verflechtung von individuellen Interessen und gesellschaftlichen Strukturen bedacht werden muss. Ohne die Einbeziehung der sozialen und politischen Dimension gingen in der Fallanalyse wichtige kontextuelle Details verloren. In der ethischen Erörterung von moralischen Konfliktfällen können im Einzelfall Entscheidungen entgegen den geltenden Richtlinien und Gesetzen gefällt werden. Die strukturellen Dimensionen müssen zuvor jedoch benannt und in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen werden.

CROSTHWAITES zweiter Einwand wendet sich gegen die herausragende Stellung, die SHERWINS politische Perspektive innerhalb ihrer ethischen Theoriebildung einnimmt. Ausgehend von ihrer Gesellschaftsanalyse definiert sie das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung als grundlegendes Prinzip ihrer ethischen Theorie. Im Gegensatz zu prinzipienorientierten Theorien im Sinne von BEAUCHAMP/CHILDRESS, die auf mehreren gleichwertigen Prinzipien beruhen, geht SHERWIN von einer einzigen grundlegenden Perspektive aus. Sie setzt ihr grundlegendes Prinzip sehr wohl zu anderen ethischen Prinzipien in Beziehung, betrachtet diese jedoch nicht als gleichwertig. In der Tat kann gefragt werden, ob innerhalb der Vielzahl ethischer Prinzipien ein herausragendes bestimmt werden könne. Ich meine allerdings, dass jede ethische Theorie zwischen den

³¹³ Vgl. CROSTHWAITE 1995, 75-79.

verschiedenen möglichen ethischen Prinzipien gewichten muss. Ob dabei ein Hauptprinzip und andere abgeleitete Prinzipien oder mehrere grundlegende Prinzipien und andere untergeordnete Prinzipien bestimmt werden, hängt auch von der Zielrichtung der ethischen Theorie ab. Innerhalb von SHERWINS feministischem Argumentationszusammenhang ist die Konzentration auf das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung jedenfalls schlüssig (siehe 2.2.1). Mit dieser Prioritätensetzung schließt sie nicht aus, dass andere ethische Perspektiven wertvolle Beiträge zur Diskussion moralischer Probleme liefern können. Aber ihr Diskussionsbeitrag ist eben ein dezidiert feministischer.

CROSTHWAITES dritter Einwand wendet sich gegen SHERWINS Fokussierung auf eine feministische Perspektive und damit auf sexistische Strukturen der Unterdrückung. In ihren kontextuellen Analysen berücksichtigt SHERWIN hauptsächlich die Unterdrückung aufgrund des Geschlechtes. Andere Formen struktureller Unterdrückung (beispielsweise aufgrund von Hautfarbe, sozialer Herkunft, sexueller Orientierung, Alter und Behinderung) würden zwar anerkannt, fänden in den Ausführungen aber keine gleichwertige Beachtung. Eine ethische Theorie, die das gesamte Spektrum des Gesundheitswesens betrachten wolle, müsse sich aber auch diesen Dimensionen zuwenden.³¹⁴ Ich teile CROSTHWAITES Ansicht, dass in der Analyse moralischer Probleme im Gesundheitswesen diese Perspektiven mitbedacht werden müssen. Auch innerhalb feministischer Theoriebildung hat sich mittlerweile ein Bewusstsein dafür ausgebildet, dass Frauen von verschiedenen Formen struktureller Unterdrückung betroffen sind, die sich gegenseitig beeinflussen.³¹⁵ Für die einzelne Frau kann deshalb die Bedeutung sexistischer Unterdrückung im Vergleich zu rassistischer, klassizistischer oder anderen Unterdrückungsformen in den Hintergrund treten. Eine differenzierte Analyse ist deshalb auch unter dem Blickwinkel einer feministischen Perspektive notwendig. Den Anspruch zu erheben, eine biomedizinethische Theorie müsse alle diese Aspekte gleichzeitig und in gleicher Weise im Blick haben, halte ich allerdings für unrealistisch. Jede Ethikerin und jeder Ethiker wird aufgrund seines eigenen Hintergrundes immer eine bestimmte Perspektive einnehmen und bestimmte kontextuelle Aspekte betonen. Wichtig ist es, über den eigenen Hintergrund und die eigenen Interessen Rechenschaft abzulegen, und die Grenzen der eigenen Perspektive wahrzunehmen. Letztendlich haben feministische

³¹⁴ Vgl. CROSTHWAITE 1995, 76-79.

³¹⁵ Auf das Zusammenspiel sexistischer, rassistischer und klassizistischer Unterdrückung und seine Bedeutung für die Analyse der Lebenssituation schwarzer Frauen in den U.S.A. hat beispielsweise DEBORAH KING hingewiesen (vgl. KING 1992, 176-212).

Theorien gezeigt, dass auch diejenigen ethischen Theorien, die für sich eine umfassende Perspektive beanspruchen, eine partikulare Sichtweise haben. Darum begrüße ich SHERWINS Ansatz, den eigenen Standpunkt und die eigene politische Orientierung zu benennen. Die Spezifizierung ethischer Prinzipien wird meiner Ansicht nach immer durch die eigene politische Orientierung geprägt sein. So werden die bevorzugten Lösungsstrategien ethischer Probleme nicht nur von den eigenen ethischen Normen, sondern auch von der übrigen Weltanschauung abhängen. Ethik und Politik sind für mich auf der Ebene der Lösung praktischer moralischer Probleme verbunden. SHERWIN erkennt diese Verbindung und benennt die eigene politische und soziale Verortung in diesem Kontext. Dies erscheint mir transparenter als der Versuch, ethische Reflexion ohne Einbeziehung der politischen Dimension zu betreiben.

SHERWINS Konzept von Kontextualität wirft Fragen bezüglich des Verhältnisses von individuellen und kollektiven Interessen auf. Sie versteht kontextuelle Analyse einerseits als Betrachtung einzelner moralischer Probleme mit den Interessen, Bedürfnissen und Verpflichtungen der verschiedenen involvierten Personen. Andererseits will sie die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, die auf die handelnden Personen einwirken, sowie deren Konsequenzen für ethische Entscheidungen und Handlungen betrachten. Maßgebliches Kriterium ist für sie die Auswirkung, die eine bestimmte Praxis auf die Unterdrückung von Frauen hat (siehe 2.2.2). In der Betrachtung konkreter Praktiken können diese beiden Aspekte zu Interessenskonflikten zwischen individuellen Präferenzen einzelner Personen und den antizipierten negativen gesellschaftspolitischen Auswirkungen dieser Präferenzen kommen.³¹⁶ SHERWIN kritisiert die starke individuelle Ausrichtung vieler ethischer Entwürfe im angloamerikanischen Raum und favorisiert selbst eine stärker auf kollektive Interessen ausgerichtete Ethik. Ihrer Ansicht nach können individuelle Präferenzen durchaus kollektiven Interessen untergeordnet werden und die persönliche Entscheidungsfreiheit Einzelner eingeschränkt werden (beispielsweise im Bereich der Reproduktionsmedizin). Die Bevorzugung eines kollektiven vor einem individuellen Interesse in SHERWINS Theorie steht für PAUER-STUDER in einer gewissen Spannung zu der an anderer Stelle betonten partikularen Ausrichtung ihrer Ethik mit der Orientierung gerade an den konkret betroffenen Personen und nicht an abstrakten Prinzipien. Das kollektive Interesse setze de facto das Selbstbestimmungsrecht von Frauen

³¹⁶ So zeigt sie in ihren Ausführungen zu reproduktiven Techniken den Interessenskonflikt zwischen dem individuellen Nutzungswunsch einzelner Frauen und den negativen Auswirkungen dieser Techniken auf Frauen als Gesamtgruppe (vgl. SHERWIN 1992, 117-136; CROSTHWAITE 1995, 78).

außer Kraft. Angesichts des hohen Stellenwertes, den das Prinzip der Selbstbestimmung innerhalb feministischer Theoriebildung hat, hält PAUER-STUDER eine solche Bevorzugung kollektiver Interessen für unzulässig.

„Die Bevorzugung eines kollektivem vor einem individuellen Interesse, auf der Sherwins Konklusionen letztlich basieren, widerspricht (...) im Tenor den Grundprämissen einer liberalen Gesellschaft und bedarf einer sehr genauen Begründung - und ich meine, dass Sherwin diese schuldig bleibt.“³¹⁷

EVA PELKNER sieht PAUER-STUDERS Kritik als nur bedingt zutreffend an. SHERWIN gehe es nicht um eine undifferenzierte Bevorzugung kollektiver vor individueller Interessen oder gar eine generelle Beschneidung des Selbstbestimmungsrechts. Die relationale Ausrichtung von SHERWINS ethischer Theorie mache jedoch die Analyse der Verflechtung von individuellen Interessen und gesellschaftlichen Zwängen und Normierungen notwendig. Frauen könnten zugleich Subjekte und Objekte von Techniknutzung sein. Auf jeden Fall gehe SHERWIN von einem komplexen sozialen Netz aus und gebe den Verbindungen unter Menschen Vorrang vor dem Recht auf Unabhängigkeit. Gerade die Untersuchung von Art und Qualität dieser Beziehung sei ein zentrales Anliegen von SHERWINS ethischer Analyse. Eine „grundlegende Transformierung gesellschaftlicher Machtverhältnisse“ sei Ziel ihrer Ethik. „Wie Frauen dabei bestehende Verhältnisse reproduzieren und zugleich überschreiten, sollte eine der wichtigsten Fragen der feministischen Moralforschung sein.“³¹⁸ M. E. trifft PAUER-STUDERS Kritik eine der Schwierigkeiten in SHERWINS Ansatz: die Vermittlung zwischen individuellen und kollektiven Interessen auf der Ebene des praktischen ethischen Urteils. Der Vorwurf, SHERWIN befinde sich nicht im Einklang mit den Prämissen einer liberalen Gesellschaft, geht allerdings an ihrer Intention vorbei. SHERWIN grenzt sich deutlich von liberalen Theorien ab. Die Tatsache, dass liberale Theorien im aktuellen angloamerikanischen Diskurs vorherrschend sind, bedeutet für mich weder, dass sie per se gut begründet sind, noch, dass andere Ansätze im Gegensatz dazu besonders gut zu begründen seien.³¹⁹ Die Frage, ob SHERWINS ethische Theorie Handwerkszeug bereitstellt, um ethische Konflikte zwischen individuellen und kollektiven Interessen zufriedenstellend zu lösen, werde ich am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik im 3. Kapitel dieser Arbeit untersuchen.

³¹⁷ PAUER-STUDER 1994, 160.

³¹⁸ PELKNER 2001, 250. Vgl. insgesamt PELKNER 2001, 248-251.

³¹⁹ SHERWIN befindet sich mit ihrer kommunitaristisch ausgerichteten feministischen Ethik durchaus im Einklang mit anderen befreiungsethischen Theorierichtungen. Wie CROSTHWAITE anmerkt haben außer den feministischen ethischen Theorien noch viele andere Ethiken eine libertäre Zielrichtung (vgl. CROSTHWAITE 1995, 76).

2.3 Die ethischen Theorien von Beauchamp/Childress und Sherwin im Vergleich

In meiner vergleichenden Betrachtung der ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN werde ich grundlegende Gemeinsamkeiten und grundlegende Unterschiede der beiden ethischen Ansätze aufzeigen. In der Darstellung der Unterschiede der beiden ethischen Theorien orientiere ich mich an einem von CAROLA BRUCKNER in ihrer Dissertation entwickelten Schema zu Strukturen moralischen Urteilens.³²⁰ BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN teilen in der Entwicklung ihrer ethischen Theorien zwei grundlegende Zielsetzungen:

1. Sie wollen die Pluralität von Moralvorstellungen innerhalb moderner westlicher Gesellschaften in ihre ethischen Theoriebildungen aufnehmen und ethische Prinzipien so formulieren, dass sie normative Gültigkeit und Kontextsensitivität verbinden.
2. Sie wollen ihre ethischen Theoriebildungen so praxisnah gestalten, dass sie für die ethischen Probleme im Gesundheitswesen konkrete Lösungsorientierungen bieten können.

Sowohl BEAUCHAMP/CHILDRESS als auch SHERWIN betonen einerseits die Relativität ethischer Prinzipien, und versuchen andererseits, deren normative Kraft zu erhalten. Die Ausformung des Verhältnisses von Relativität und Normativität der Prinzipien unterscheidet sich in ihren ethischen Theorien. BEAUCHAMP und CHILDRESS verzichten auf den Gebrauch einer ethischen Hintergrundtheorie zur Begründung ihrer Prinzipien. Stattdessen führen sie die normative Gültigkeit ihrer ethischen Prinzipien auf deren Begründung in der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden, zurück. Die *common morality* beinhaltet für BEAUCHAMP und CHILDRESS selbstevidente Prinzipien, die an allen Orten für alle Menschen Gültigkeit besitzen.³²¹ Sie bauen ihren ethischen Ansatz ausgehend von vier gleichwertigen Prinzipien auf. Diese Prinzipien sind für BEAUCHAMP und CHILDRESS *prima facie* gültig, d.h. an und für sich besitzen sie absolute Gültigkeit. Sie werden jedoch insofern relativiert, als einzelne Prinzipien in Fällen

³²⁰ Vg. BRUCKNER 1990, 128-131.

³²¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3.

konkurrierender ethischer Pflichten außer Kraft gesetzt werden können (siehe 2.1.2). Die Pluralität der Prinzipien in ihrem Ansatz ermöglicht es BEAUCHAMP und CHILDRESS, unterschiedliche moralische Wertvorstellungen innerhalb der Gesellschaft aufzunehmen. Zugleich bieten die verschiedenen Prinzipien ein flexibles Instrumentarium, um unterschiedliche praktische ethische Probleme im Gesundheitswesen zu analysieren. SHERWIN klärt das Verhältnis von Relativität und Normativität ethischer Prinzipien indem sie in ihrer ethischen Theorie ein einziges grundlegendes Prinzip bestimmt: Die Befreiung von Unterdrückung. Dieses Prinzip besitzt innerhalb ihres ethischen Ansatzes den Status eines absoluten Prinzips. Seine grundlegende Bedeutung gewinnt das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung für SHERWIN vor dem Hintergrund ihrer feministischen Gesellschaftsanalyse. Diese hat innerhalb ihres ethischen Ansatzes die Funktion einer ethischen Hintergrundtheorie. Relativiert wird das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung durch den notwendigen Kontextbezug. Seine inhaltliche Bestimmung erhält das Prinzip nicht in seiner abstrakten Formulierung. Erst innerhalb des jeweiligen Anwendungskontextes kann das Prinzip sinnvoll gefasst werden. Seine Bedeutung muss für jeden Kontext neu formuliert und kann nicht auf der Theorieebene vollständig erschlossen werden (siehe 2.2.2). Neben dem grundlegenden Prinzip der Befreiung von Unterdrückung erkennt SHERWIN weitere ethische Prinzipien wie Autonomie und Gerechtigkeit an. Diese Prinzipien begründet sie ebenfalls in der *common morality*. Die *common morality* versteht SHERWIN, im Gegensatz zu BEAUCHAMP/CHILDRESS, nicht als universell gültige Moral. Vielmehr umfasst für sie die *common morality* gesellschaftlich geteilte moralische Grundüberzeugungen, die an einen bestimmten historischen und sozialen Kontext gebunden sind.

BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN messen der Anwendbarkeit biomedizinethischer Theorien auf konkrete moralische Probleme herausragende Bedeutung bei. Sie kritisieren das Abstraktionslevel traditioneller ethischer Theorien (siehe 2.1.1 und 2.2.1), das diese für die Anwendung innerhalb des Gesundheitswesens ungeeignet erscheinen ließen. Klare ethische Entscheidungshilfen und Handlungsorientierungen seien aus ihnen nicht abzuleiten. Deshalb versuchen beide Ansätze, dem Praxisbezug biomedizinischer Ethik in ihrer Theoriebildung gerecht zu werden, indem ethische Prinzipien und praxisbezogene Einzelfallurteile bereits auf dieser Ebene verknüpft werden. BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN nehmen auf RAWLS Modell des Überlegungsgleichgewichtes Bezug (siehe 2.1.2 und 2.2.2), das ethische Theoriebildung und praktische Urteilsfindung als dialektischen Prozess begreift. Ethische Prinzipien werden aus

allgemeinen moralischen Grundüberzeugungen und praktischen moralischen Erfahrungen abgeleitet. Ausgehend von diesen ethischen Prinzipien werden in konkreten moralischen Konfliktsituationen Handlungsanweisungen erarbeitet. Treten zwischen den Einzelfallurteilen und den moralischen Grundüberzeugungen Spannungen auf, so muss dies zu einer Überarbeitung der ethischen Prinzipien führen. Ethische Prinzipien und praktische Urteile überprüfen und korrigieren sich gegenseitig. Ziel ist es, ein möglichst kohärentes Begründungssystem zu bilden (*coherence theory*). Diese kann nicht in sich abgeschlossen sein, sondern muss immer offen für Revisionen bleiben. SHERWIN geht in ihrer Auslegung des Überlegungsgleichgewichtes von RAWLS noch über BEAUCHAMP und CHILDRESS hinaus. Während BEAUCHAMP/CHILDRESS den dialektischen Prozess ethischer Theoriebildung hauptsächlich zwischen den Ebenen der ethischen Prinzipien und der Einzelfallurteile ansiedeln, werden bei SHERWIN bereits die moralischen Grundüberzeugungen einer Gesellschaft in ihrem historischen und sozialen Entstehungskontext kritisch hinterfragt. Die ethischen Prinzipien werden nicht allein in der Anwendung auf konkrete Fälle überprüft, sondern auch in ihren Auswirkungen auf soziale und politische Strukturen einer Gesellschaft untersucht.³²² Praxisbezug bedeutet für SHERWIN nicht nur die Anwendbarkeit der gesundheitsethischen Theorie auf Einzelfälle im klinischen Alltag. Vielmehr will sie mit ihrer ethischen Theorie Kriterien liefern, medizinische Diagnostik, Therapien und Organisationsstrukturen in ihrer gesamtgesellschaftlichen Auswirkung zu beurteilen.

Als besonderen Aspekt des Praxisbezugs betonen BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN die Notwendigkeit der Kontextsensitivität biomedizinischer Ethik. Sie weisen allerdings unterschiedliche Definitionen von Kontext auf. SHERWIN betont, dass die Formulierung und Gewichtung kontextueller Besonderheiten je nach ethischem Theorieansatz variieren können (siehe 2.2.2.2). Dies liegt in unterschiedlichen moralischen Orientierungstendenzen der ethischen Ansätze begründet. Die Art und Weise, sich zur „Realität“ in Beziehung zu setzen, beeinflusst die Wahrnehmung moralischer Konflikte, die Identifikation von Problemkreisen und letztlich die Lösungsansätze und Handlungsoptionen, die eröffnet werden. In Anlehnung an BRUCKNER unterscheide ich Bezugs- und Wahrnehmungsmodus. Diese bedingen den Orientierungsmodus innerhalb moralischer Konfliktfelder und prägen den Urteilsmodus, d. h. die Lösungswege, die gewählt werden. Letztendlich verweisen sie auf die unterschiedlichen Handlungspotentiale und

³²² SHERWIN 1996b, 187-194.

Verhaltensorientierungen der ethischen Theorien.³²³ BEAUCHAMP und CHILDRESS ordnen ihren ethischen Ansatz in den Bereich der pragmatischen Ethik ein. Ihre ethische Theorie soll eine integrierende Funktion haben, die unterschiedliche ethisch-theoretische Ausrichtungen auf der Ebene praktischer Urteile bündelt. SHERWIN versteht ihren Ansatz als eine politische Ethik. Ihr Ziel ist es, durch ethische Reflexion gesellschaftliche Veränderungen anzustoßen und zu begleiten und dabei die Interessen marginalisierter Gruppen in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen. Die sich daraus ergebenden Unterschiede in den moralischen Orientierungsstrukturen werde ich zunächst in folgendem Schema darstellen und anschließend näher erläutern.

	Prinzipienethik (BEAUCHAMP/CHILDRESS)	Feministische Ethik (SHERWIN)
<i>Realitätsbezug</i>	systemimmanent	systemtranszendierend
<i>Wahrnehmungsmodus</i>	umfassend	standpunktbezogen
<i>Bezugsmodus</i>	personenbezogen, individuell	strukturbezogen relational
<i>Orientierungsmodus</i>	prozessorientiert, dialektisch, fallorientiert	prozessorientiert, dialektisch, systemorientiert
<i>Urteilsmodus</i>	individuell	kollektiv
<i>Lösungsansatz</i>	Einigung auf der Ebene praktischer Urteile	Fokussierung auf den Lebenskontext und die moralischen Erfahrungen marginalisierter Gruppen
<i>Lösungsweg</i>	Formulieren von Prinzipien mittlerer Reichweite, Anwenden, Spezifizieren und Abwägen der Prinzipien	Einbringen der Perspektiven marginalisierter Gruppen in den ethischen Diskurs
<i>Lösungsziel</i>	Konsensbildung hinsichtlich praktisch-ethischer Urteile	Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit
<i>Handlungspotential</i>	Stärkung und Schutz individueller Interessen	Veränderung sozialer Strukturen
<i>Ethikkonzept</i> (Prinziporientierung)	Respekt vor Autonomie, Nichtschaden, Wohltun, Gerechtigkeit	Befreiung von Unterdrückung

³²³ Vgl. BRUCKNER 1990, 128f.

Ich bin mir bewusst, dass ich im Rahmen meiner Gegenüberstellung die Unterschiede zwischen beiden ethischen Theorien pointiere. Die Hervorhebung der Unterschiede dient dazu, die unterschiedlichen ethischen Orientierungsstrukturen deutlich zu machen. Natürlich urteilen BEAUCHAMP und CHILDRESS innerhalb ihrer ethischen Theorie nicht ausschließlich individuell, sondern beziehen gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit ein. Ebenso misst SHERWIN in ihrer ethischen Urteilsfindung den individuellen Präferenzen Bedeutung bei. Die Gewichtung dieser Aspekte ist meiner Ansicht nach in den beiden ethischen Theorien jedoch verschieden, so dass von unterschiedlichen moralischen Orientierungstendenzen gesprochen werden kann.

In ihrer ethischen Theoriebildung beziehen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS auf das aktuell vorgefundene Gesundheitswesen und die medizinhistorische Tradition. Von diesen ausgehend entwickeln sie ihre Prinzipien. Ihr ethischer Ansatz kann deshalb als systemimmanent bezeichnet werden, weil er innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems operiert. Innerhalb von SHERWINS ethischer Theoriebildung hat das systemkritische Moment stärkere Bedeutung. Obwohl auch sie von ihrem gesellschaftlichen Standpunkt aus argumentiert, stellt sie von vornherein die Strukturen von Gesellschaft, im Besonderen des Gesundheitswesens, infrage (siehe 2.2.2.2). Ihr ethischer Ansatz zielt darauf hin, gesellschaftliche Veränderungen anzustoßen und zu begleiten. Er kann deshalb als systemtranszendierend betrachtet werden, weil er über das bestehende System hinausweist.

In der Wahrnehmung moralischer Konflikte wollen BEAUCHAMP und CHILDRESS zunächst die unterschiedlichen Perspektiven und moralischen Ausrichtungen der betroffenen Personen aufnehmen und sie anschließend integrieren. Der Wahrnehmungsmodus ihrer ethischen Theorie kann als umfassend beschrieben werden, weil er beansprucht, die unterschiedlichen moralischen Perspektiven gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Wahrnehmung von moralischen Konfliktfällen bei SHERWIN ist hingegen stärker standpunktbezogen, d.h. die Identifizierung von Problemkreisen und Erarbeitung von Handlungsoptionen geschieht ausgehend von ihrer feministischen Perspektive. Die Auswirkungen von Praktiken auf die Lebenssituation von Frauen sind der zentrale Fokus ihrer ethischen Analyse. Ihre ethischen Analysen und Lösungsansätze sind jedoch nicht nur für Frauen relevant. SHERWIN betrachtet sie als weiterführend für den gesamtethischen Diskurs. Ihre feministische Perspektive ist nicht die einzig mögliche. Sie erkennt andere moralische Perspektiven durchaus an und erhebt nicht den Anspruch,

alle möglichen Perspektiven gleichermaßen im Blick zu haben. Sie versteht ihre ethische Perspektive als einen wichtigen Beitrag im gesamtgesellschaftlichen Diskurs.

Der Schwerpunkt in den ethischen Analysen von BEAUCHAMP und CHILDRESS sind die einzelnen, im klinischen Alltag handelnden Personen. Ihre individuellen Interessen und Bedürfnisse werden zunächst unabhängig voneinander betrachtet. Den Bezugsmodus in ihrer Theorie charakterisiere ich als stärker personenbezogen. Im Gegensatz dazu werden in SHERWINS Theorie Individuen niemals nur als Einzelpersonen betrachtet, sondern stets in ihren sozialen und gesellschaftlichen Bezügen gesehen. Ihr Konzept von Persönlichkeit ist relational. Personen sind immer schon auf andere Menschen ausgerichtet und in ihre sozialen Bezüge eingebettet. Diese Verflechtung in gesellschaftliche Strukturen wird stets in SHERWINS ethischer Theorie mitbedacht. Der Bezugsmodus in ihrer ethischen Theorie ist eher als strukturbezogen zu beschreiben.

Die unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Bezugsmodi bedingen unterschiedliche Arten, sich innerhalb von moralischen Konflikten zu orientieren. Kontextuelle Details werden unterschiedlich wahrgenommen und gewichtet. Unterschiedliche ethische Problemkreise werden identifiziert und bearbeitet. Der Orientierungsmodus bei BEAUCHAMP und CHILDRESS ist dabei stärker fallorientiert, d.h. eher auf den einzelnen Fall und einzelne Individuen ausgerichtet. SHERWIN hingegen arbeitet stärker systemorientiert. Ihr struktureller und relationaler Ansatz bezieht sich niemals nur auf einzelne Individuen oder Fälle, sondern immer auch auf deren soziales Umfeld. Beiden Theorien gemeinsam ist dialektische Vorgehensweise in der Analyse moralischer Konflikte. Die Aufmerksamkeit wandert zwischen der ethischen Theorieebene und der Ebene der kontextuellen Details hin und her. In diesem dialektischen Prozess sollen kohärente ethische Beurteilungen und Lösungsansätze erarbeitet werden, die immer offen sind für eine kritische Revision.

Analog zu den unterschiedlichen ethischen Orientierungsmodi zeigen auch die Urteilsmodi unterschiedliche Ausrichtungen. In der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS ist der Urteilsmodus eher als individuell zu beschreiben. Die Interessen und Bedürfnissen einzelner Personen sind ausschlaggebend in der ethischen Urteilsfindung, jedenfalls solange sie nicht die Rechte und Interessen anderer beschneiden. Dementsprechend ist das Handlungspotential ihrer ethischen Theorie die Stärkung und der Schutz individueller Rechte und Interessen. SHERWIN berücksichtigt in ihrer ethischen Urteilsfindung stärker kollektive Interessen, d.h. Interessen der Gesamtgesell-

schaft oder der gesamten Gruppe. Das Handlungspotential ihrer ethischen Theorie ist die Veränderung sozialer Strukturen.

Neben den unterschiedlichen moralischen Orientierungsstrukturen weisen die ethischen Ansätze von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN Unterschiede in den Lösungszielen und Lösungswegen für moralische Konflikte auf. Das Ziel der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS in der Lösung moralischer Konflikte ist die Integration unterschiedlicher Interessen und ethischer Perspektiven auf der Ebene praktischer ethischer Urteile. Sie wollen dazu beitragen, fallbezogene pragmatische Lösungen für ethische Probleme zu entwickeln. Um dies zu erreichen, formulieren sie Prinzipien mittlerer Reichweite. Diese werden für das je spezifische moralische Problem spezifiziert und gegeneinander abgewogen. Das Ziel von SHERWINS ethischer Theorie ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit. Sie will die Perspektive marginalisierter Gruppen in den ethischen Diskurs einbringen und so die Veränderung sozialer Strukturen anstoßen. Die unterschiedlichen Lösungsansätze in den ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN zeigen sich auch in den unterschiedlichen Wertorientierungen bzw. den unterschiedlichen gewählten Prinzipien. Die grundlegenden Prinzipien in der ethischen Theorie von BEAUCHAMP und CHILDRESS sind die Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit. SHERWINS grundlegendes Prinzip ist die Befreiung von Unterdrückung.

Die Bedeutung der unterschiedlichen moralischen Orientierungstendenzen und Prinzipienorientierungen in der Analyse und Beurteilung praktischer moralischer Probleme werde ich in den folgenden Kapiteln (3.1-3.3) am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik darstellen.

3 Implikationen für die Präimplantationsdiagnostik

3.1 Medizinische und rechtliche Grundlagen der Präimplantationsdiagnostik

Nachdem ich in den vorangegangenen Kapiteln die ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN dargestellt habe, werde ich nun anhand der Präimplantationsdiagnostik untersuchen, welche Implikationen die beiden ethischen Ansätze für die Beurteilung eines konkreten moralischen Problems haben. Ich werde dabei einerseits die beiden ethischen Theorien auf ihre praktische Anwendbarkeit hin überprüfen. Andererseits werde ich aufzeigen, wie sich die ethische Einschätzung der Präimplantationsdiagnostik, die Wahrnehmung der moralischen Konfliktpunkte und die Erarbeitung von Handlungsoptionen, aus der Perspektive dieser beiden Theorien darstellt. Bevor ich mich der Anwendung der ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN auf die Präimplantationsdiagnostik widme, werde ich zunächst eine kurze Einführung in die mit der Präimplantationsdiagnostik verbundenen diagnostischen Methoden geben (3.1.1). Wie in der ethischen Grundlegung des Ansatzes von SHERWIN (siehe 2.2.2) deutlich wurde, kann die Darstellung von Sachverhalten und Methoden niemals völlig objektiv und neutral sein, sondern sie ist bereits geprägt von der eigenen Perspektive und den eigenen Interessen. Die Auswahl von Informationen, die für eine sachgemäße Darstellung von diagnostischen Methoden und Therapien als notwendig erachtet werden, ist bereits geleitet von den analytischen Kategorien, unter denen diese anschließend betrachtet werden sollen. Somit könnte auch die naturwissenschaftlich-medizinische Darstellung der Präimplantationsdiagnostik aus dem Blickwinkel der ethischen Theorien von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN durchaus unterschiedlich aussehen. Ich habe mich dennoch entschieden, der ethischen Analyse der Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der beiden ethischen Theorien eine gemeinsame Einführung in das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik voranzustellen (3.1.1), um Doppelungen in der Darstellung dieser Grundlagen zu vermeiden. Ich werde mich in der allgemeinen Darstellung dieser Grundlagen möglichst kurz fassen und die im Rahmen der jeweiligen

ethischen Theorie relevanten Details an entsprechender Stelle näher ausführen. Neben der Darstellung der im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik verwendeten Diagnostik und Therapien werde ich eine kurze Einführung in die rechtliche Situation bezüglich der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland geben (3.1.2), da diese den Hintergrund für die aktuelle ethische Diskussion um Einführung oder Verbot der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland bildet.

3.1.1 Medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Präimplantationsdiagnostik

Unter Präimplantationsdiagnostik wird die Diagnostik an einem Embryo *in vitro* vor dem intrauterinen Transfer verstanden.³²⁴ Die erste erfolgreiche Anwendung der Präimplantationsdiagnostik am Menschen wurde 1990 von ALAN HANDYSIDE berichtet.³²⁵ Weltweit sind seitdem mehr als 600 Kinder nach PGD geboren.³²⁶ Ich werde zunächst den chronologischen Ablauf der Präimplantationsdiagnostik mit Indikationsstellung, medizinischen Verfahren und molekulargenetischer Diagnostik darstellen, sowie Erfolgsraten und Risiken der Präimplantationsdiagnostik aufzeigen.

Ursprünglich wurde die Präimplantationsdiagnostik mit dem Ziel entwickelt, Paaren, die das Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung haben, zu einem gesunden Kind zu verhelfen. Heute wird die Präimplantationsdiagnostik weltweit bei einer Vielzahl von Indikationen angewendet. Einen Überblick über Indikationsstellungen in Europa gibt der Bericht des ESHRE PGD Consortiums³²⁷ von 2005, in dem alle gesammelten Daten zwischen 1997 und Dezember 2001 zusammenfasst werden. Während bis Mai 2001 die Diagnostik monogen bedingter Krankheiten die häufigste Indikations-

³²⁴ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, 526; HEPP 2000, 97.

³²⁵ Vgl. HANDYSIDE et al. 1990, 768-770.

³²⁶ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 31. Der Bericht des ESHRE PREIMPLANTATION GENETIC DIAGNOSIS CONSORTIUM von 2005 geht von 315 geborenen Kindern nach PGD bis zum Mai 2001 und 293 geborenen Kindern nach PGD im Zeitraum von Mai bis Dezember 2001 aus. Die Datensammlungen des ESHRE PGD Consortiums sind zwar die umfangreichsten weltweit, sie umfassen jedoch nicht die Daten aller Zentren, die PGD durchführen. Die aktuelle genaue Anzahl nach PGD geborener Kinder ist schwer zu schätzen, zumal im Vergleich zu den Anfangsjahren die Zahl der nach PGD geborenen Kinder stärker ansteigt.

³²⁷ 1997 gegründetes Konsortium der *European Society of Human Reproduction and Embryology* zur Langzeitevaluierung der PGD.

stellung ausmachte,³²⁸ wurden im Zeitraum von Mai bis Dezember 2001 58% der Präimplantationsdiagnostiken als Aneuploidiescreening im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation (IVF) oder Intrazytoplasmatischen-Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt.³²⁹ Eine PGD soll hier die Erfolgsraten der IVF und ICSI besonders bei Patientinnen über 35 Jahren und bei wiederholtem Misserfolg vorangegangener IVF- und ICSI-Zyklen steigern.³³⁰ Das Risiko der Vererbung monogen bedingter Erkrankungen war von Mai bis Dezember 2001 nur noch in 37% der Fälle die Indikation für eine PGD.³³¹ Monogen bedingte Erkrankungen können autosomal rezessiv vererbt werden (z.B. Cystische Fibrose, Thalassämie und Spinale Muskelatrophie), autosomal dominant (z.B. Muskeldystrophie, Chorea Huntington und Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung) oder x-chromosomal assoziiert sein (z.B. Muskeldystrophie Typ Duchenne, Fragiles-X-Syndrom und Hämophilie).³³² Ungefähr 300 verschiedene x-

³²⁸ Die kumulativen Daten von 1997 bis 2001 zeigen, dass 1197 Zyklen mit Eizellgewinnung (*oocyte retrieval*: OR) aufgrund genetischer Risiken durchgeführt wurden und 796 Zyklen mit Eizellgewinnung aufgrund eines Aneuploidiescreenings (vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 236.241).

³²⁹ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 22; ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 235; ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2000, 2674. In dem 2000 veröffentlichten Bericht des ESHRE ließen 73,9% der Paare eine PGD bei erhöhtem genetischen Risiko zur Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruches durchführen, im Bericht 2002 nur noch 57,3% und im Bericht 2005 nur 28,9%. In der realen Anwendung der PGD im europäischen Kontext dominieren zunehmend Indikationen wie Aneuploidiescreening und Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug (*social sexing*).

³³⁰ Hinter dieser Indikationsstellung liegt die Hypothese, dass der hohe Anteil von aneuploiden Oocyten bzw. Embryonen mit Chromosomenaberrationen, den u. a. MUNNÉ et al. und GIANAROLI et al. VERLINSKY et al. und CARRERA/VEIGA in ihren Untersuchungen an Frauen über 35 Jahren und Frauen mit wiederholt fehlgeschlagenen IVF-Versuchen beobachtet haben, für die geringe Erfolgsrate der IVF und ICSI verantwortlich seien (vgl. VERLINSKY et al. 1999, 165-169; CARRERA/VEIGA 1998, 121-127; GIANAROLI et al. 1997, 1762-1766). Randomisierte Studien hinsichtlich dieser PGD-Anwendung kommen jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während GIANAROLI et al. zwar einen Anstieg in der Implantationsrate der transferierten Embryonen und der Etablierung andauernder Schwangerschaften verzeichneten, standen insgesamt nach PGD in weniger Zyklen noch Embryonen zum Transfer zur Verfügung als bei regulärer IVF. Somit konnte insgesamt kein Anstieg in der Rate der etablierten Schwangerschaften pro angefangenem Behandlungszyklus erreicht werden (vgl. GIANAROLI et al. 1999, 837-843). MUNNÉ et al. hingegen fanden keinen Anstieg in der Implantationsrate der transferierten Embryonen, aber eine niedrigere Abortrate bei den etablierten Schwangerschaften. Dies führte jedoch nicht zu einem signifikanten Anstieg der andauernden Schwangerschaften pro Patientin (vgl. MUNNÉ et al. 1999, 2191-2195). Der erhoffte Erfolg des Aneuploidiescreenings durch PGD konnte klinisch bislang noch nicht eindeutig nachgewiesen werden.

³³¹ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 22.

³³² Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 234-240; ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 27. Neben den oben angeführten häufigsten monogen bedingten Krankheiten wurde die PGD für folgende weitere Erkrankungen berichtet: α -1-Antitrypsin-Defizienz, Epidermolysis bullosa, FAP, Gaucher-Krankheit, Lesh-Nyhan-Syndrom, Marfan-Syndrom, Osteogenesis Imperfecta, Ornithin-Transcarbamylase-Defizienz, Retinitis pigmentosa, Sichelzellanämie, Tay-Sachs-Erkrankung, und weitere x-chromosomal assoziierte Erkrankungen. Nach Schätzungen von Humangenetikerinnen und Humangenetikern gibt es etwa 5000 verschiedene monogen bedingte Erkrankungen (vgl. LISSENS/SERMON 1997, 1759; KOLLEK 2000, 76f.).

chromosomal assoziierte Krankheiten sind bekannt. Die Mehrheit der x-chromosomal assoziierten Erkrankungen kann nicht spezifisch diagnostiziert werden. Mittels Geschlechtsselektion der Embryonen kann jedoch die Geburt erkrankter Söhne verhindert werden.³³³ Eine weitere Gruppe von Paaren, die für die Anwendung der PGD infrage kommen, sind Träger balancierter Chromosomentranslokationen. Diese sind selbst nicht erkrankt. Das Vorhandensein der Translokation führt jedoch häufig zu rezidivierenden Aborten oder der Geburt von Kindern mit unbalancierten Translokationen, die somit erkranken.³³⁴ Das ESHRE PGD Consortium erwähnt in seinem Bericht schließlich noch den Wunsch nach einem histokompatiblen Spender für ein erkranktes Kind sowie den Wunsch nach Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug (*social sexing*) als gestellte Indikationen.³³⁵ Die beiden letztgenannten Indikationen werden in Deutschland im Zusammenhang mit der Einführung der PGD nicht in Erwägung gezogen.

Grundvoraussetzung für die Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik ist die Durchführung der IVF oder der ICSI.³³⁶ Dies ist auch bei an sich fertilen Paaren nötig. IVF und ICSI können in die Phasen Stimulation, Punktion, Fertilisation und Embryotransfer untergliedert werden. In der Phase der Stimulation erhalten die Patientinnen Hormongaben, um mehrere Oocyten zur Reifung anzuregen (Superovulation).³³⁷ Es erfolgt eine hormonelle Auslösung der Ovulation.³³⁸ 36 Stunden danach kann die Punktion der Follikel vorgenommen werden. In der Phase der Fertilisation werden die zu befruchtenden Eizellen in einer Petrischale mit Spermia zusammengebracht, bei der ICSI

³³³ Vgl. EGOZCUE et al. 2000, 21f.

³³⁴ Vgl. SERMON 2002, 13f. MUNNÉ et al. konnten die Rate der Spontanaborte durch PGD von 95% auf 13% senken, wobei Patientinnen und Patienten mit einer Robertson Translokation insgesamt eine bessere Erfolgsrate aufwiesen als Patientinnen und Patienten mit einer reziproken Translokation (vgl. MUNNÉ et al. 2000, 1209-1217).

³³⁵ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 234.240; ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 20-25.

³³⁶ Die Durchführung einer ICSI ist dann zwingend indiziert, wenn die Embryonen mittels PCR (*polymerase chain reaction*) diagnostiziert werden sollen. Die hohe Sensitivität dieser Methode macht sie sehr anfällig gegenüber Verunreinigungen. Eine Kontamination der zu untersuchenden Blastomeren durch an der Eihülle (*zona pellucida*) anhaftende Spermien muss daher vermieden werden (vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 237; EGOZCUE et al. 2000, 22).

³³⁷ Es wird eine *Down Regulation* der eigenen Hormonproduktion der Patientin mittels GnRH-Analoga vorgenommen und die Ovarien werden mit rekombinantem FSH oder hMG stimuliert (vgl. VANDERVORST et al. 2000, 365; RUANGVUTILERT et al. 2000, 553).

³³⁸ Die Ovulation wird mit 10.000 IU HCG ausgelöst. VANDERVORST et al. empfehlen, die Ovulationsauslösung nur vorzunehmen, wenn zu erwarten ist, dass mindestens 9 Follikel punktiert werden können. Andernfalls seien die Erfolgsaussichten für die Etablierung einer Schwangerschaft zu gering (vgl. VANDERVORST et al. 2000, 365f.). Diese Empfehlung ist in der Literatur jedoch umstritten. SANTALO et al. berichten beispielweise von der erfolgreichen Durchführung einer PID mit Etablierung einer Schwangerschaft bei einer geringeren Anzahl an zur Verfügung stehenden Follikeln (vgl. SANTALO et al. 2000, 564f.).

wird jeweils ein Spermium direkt in eine Eizelle injiziert. Nun beginnen die Verschmelzung der Zellkerne von Ei- und Samenzelle und die anschließenden Reifeteilungen. Bei der regulären IVF bzw. ICSI findet der Embryotransfer in die Gebärmutter der Patientin am 3. Tag nach der Insemination statt. Bei der PGD werden die Embryonen am 3. Tag nach Insemination biopsiert, genetisch untersucht und möglichst am selben Tag oder am darauf folgenden Morgen implantiert. In Deutschland werden maximal 3 Embryonen transferiert, um höhergradige Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden. Die Erfolgsrate der IVF und der ICSI ohne PGD, gemessen in Lebendgeburten pro Behandlungszyklus, lag 2004 zwischen 9,6 und 16%.³³⁹ Als Risiken der IVF und der ICSI sind zu erwähnen: 1. ovarielles Hyperstimulations-Syndrom (OHSS) als Nebenwirkung der hormonellen Stimulation,³⁴⁰ 2. Narkoserisiko und Komplikationen bei der Follikelpunktion (z.B. vaginale und intraperitoneale Blutungen, Peritonitis, Stieldrehung der Ovarien)³⁴¹ und 3. hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften (laut DIR waren im Jahr 2004 bei IVF 21,92% der Schwangerschaften Zwillingschwangerschaften und 1,37% Drillingschwangerschaften, bei ICSI 19,83% Zwillingschwangerschaften und 1,18% Drillingschwangerschaften).³⁴² Mehrlingsschwangerschaften gehen mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen (Hypertension, vorzeitige Wehen, Blu-

³³⁹ Vgl. D I R 2004, 8-11. Aus dem D I R lassen sich als Erfolgsraten die etablierten klinischen Schwangerschaften pro Behandlungszyklus ablesen (diese beträgt 2004 für IVF 28,23% und für ICSI 28,0%). Nicht jede klinische Schwangerschaft führt jedoch zur Geburt eines Kindes. Die für die Paare eigentlich interessante Erfolgsrate sind die Lebendgeburten pro Behandlungszyklus, die sog. *baby-take-home-rate*. Da jedoch über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft und Geburt in 32,78% der klinischen Schwangerschaften bei IVF und 31,29% bei ICSI keine Angaben gemacht wurden, kann die *baby-take-home-rate* nur geschätzt werden. Gesichert ist die Geburt eines Kindes lediglich bei 44,23% der klinischen Schwangerschaften bei IVF und 47,03% bei ICSI. Aborte und Extrauterin graviditäten werden zusammen bei 22% der klinischen Schwangerschaften berichtet.

³⁴⁰ Das ovarielle Hyperstimulations-Syndrom (OHSS) kann in leichter, mittlerer und schwerer Form auftreten. In seiner schweren Form äußert es sich in einer zystischen Vergrößerung der Eierstöcke, erhöhter Durchlässigkeit der Blutkapillaren, Ascites, Pleuraergüssen und Veränderungen des Blutdrucks und der Blutdicke. Sekundärkomplikationen wie Thrombosen, Atemnot und akutes Leber-Nieren-Versagen können auftreten. In seltenen Fällen kam es zum Tod der Patientin. Die Inzidenz des schweren OHSS gibt das D I R für 2004 mit 0,6% aller Behandlungszyklen an, andere Studien berichten jedoch auch in Abhängigkeit vom Stimulationsprotokoll von deutlich höheren Inzidenzen (vgl. D I R 2004, 24; GOVAERTS et al 1998, 241f.; LUDWIG et al. 1997, 519).

Als Nebenwirkung der hormonellen Stimulation ist auch immer wieder eine Erhöhung des Risikos für Brustkrebs diskutiert worden. Bislang ist Studienlage zu diesem Thema widersprüchlich. Einige Studien fanden eine leichte Erhöhung des Brustkrebsrisikos bei Infertilität und Hormonbehandlung (vgl. GARLAND et al. 1998, 636-643), andere eine Verringerung (vgl. BERNSTEIN et al. 1995, 437-440), andere fanden gar keinen Zusammenhang (vgl. RICCI et al. 1999, 1654f.). Prospektive Langzeitstudien zu diesem Thema stehen noch aus.

³⁴¹ Laut D I R kam es im Jahr 2004 in 0,62% der Eizellentnahmen zu Komplikationen (vgl. D I R 2004, 24). GOVAERTS et al. berichten von Peritonitis, intraperitonealen Blutungen und Torsionen der Adnexe in 0,73% der Eizellentnahmen. (vgl. GOVAERTS 1998, 239-243).

³⁴² Vgl. D I R 2004, 8. Im Gegensatz dazu liegt die Mehrlingsrate in der Normalbevölkerung bei etwa 1,2% (vgl. COHEN et al. 1993).

tungen, erhöhte Sectionrate) einher.³⁴³ Im Vergleich zu Einlingsschwangerschaften steigt die Rate der Frühgeburten und untergewichtigen Neugeborenen (sog. „*small for date*“ Babys).³⁴⁴ Es ist mit einer erhöhten perinatalen Morbidität und Mortalität der Kinder zu rechnen.³⁴⁵ Auch nach der Geburt stellen Zwillinge und Drillinge eine erhöhte Belastung für die Eltern, insbesondere die Mütter, dar.³⁴⁶

Für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik ist es nötig, dem Embryo eine oder mehrere Zellen zur genetischen Analyse zu entnehmen.³⁴⁷ Dies geschieht zumeist am 3. Tag nach Insemination im 8-Zell-Stadium.³⁴⁸ Bei der Embryobiopsie wird die *zona pellucida* entweder mechanisch mit einer Biopsiekanüle durchstoßen, oder es wird ein kleines Loch mit einer auflösenden Flüssigkeit (Tyrodinsäure) in die *zona* geätzt oder mit einem Laser eingebrannt (sog. *zona drilling*).³⁴⁹ Anschließend werden 1-2 Blastomeren durch Extrusion oder Aspiration entnommen.³⁵⁰ Die Blasto-

³⁴³ Vgl. FELBERBAUM/DIEDRICH 1995, 18-23; DOYLE et al. 1996, 110-117; GAGEL et al. 1998, 32.

³⁴⁴ Vgl. CEDERBLAD et al. 1996, 2052-2057. Der Anteil der Frühgeborenen, also vor Abschluss der 37. Schwangerschaftswoche geborenen, Kinder betrug 2004 laut D I R 10,88% bei Einlingen, 57,69% bei Zwillingen und 98,4% bei Drillingen (vgl. D I R 2004, 23).

³⁴⁵ Postnatale Morbidität und Mortalität steigen hauptsächlich infolge des niedrigeren Geburtsgewichts bei Mehrlingsschwangerschaften und der Frühgeburtslichkeit. Als Komplikationen treten unter anderem respiratorisches Distress-Syndrom (RDS), persistierender Ductus Arteriosus (PDA), bronchopulmonale Dysplasie (BPD), Sepsis, intraventrikuläre Blutungen (IVH) u. a. auf (vgl. SCHOLZ et al. 1999, 2934). LANCASTER ermittelte eine perinatale Mortalität von 3,2% (vgl. LANCASTER et al. 1995). BOTTING et al. fanden eine Zerebralaparese bei 1,7%, schwere Sehprobleme bei 1% und schwere Hörstörungen bei 0,4% bei höhergradigen Mehrlingen und VERSMOLD ermittelte bei Drillingen nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen eine Behinderungsrate von 5% (vgl. BOTTING et al. 1990).

³⁴⁶ So berichten Mütter von Drillingen signifikant häufiger nach der Geburt der Kinder über Gefühle der Isolation und Überlastung und über Depressionen und benötigen häufiger psychotherapeutische Hilfe (vgl. GAREL/BLONDEL 1992, 729-732; GAREL et al. 1997, 1162-1165).

³⁴⁷ Neben der Embryobiopsie gibt es auch die Möglichkeit, eine Polkörperbiopsie und –diagnostik vorzunehmen. Die Polkörperdiagnostik lässt jedoch nur Rückschlüsse auf die Eigenschaften des von der Mutter stammenden Erbmaterials zu und erfasst außerdem einige Veränderungen in Zahl und Struktur der Chromosomen nicht (vgl. KOLLEK 2000, 31-34). Im Bericht des ESHRE PGD CONSORTIUMS spielt die Polkörperdiagnostik nur eine untergeordnete Rolle (vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 235). Darum soll in den Ausführungen nicht näher auf sie eingegangen werden.

³⁴⁸ Das 8-Zell-Stadium wurde als günstiges Biopsiestadium beschrieben (vgl. HARDY et al. 1990, 708-714; TARIN et al. 1992, 970-976). Da sich nicht alle Embryonen gleichmäßig entwickeln, werden am 3. Tag nach Insemination unterschiedliche Zellstadien beobachtet (die Embryonen bestehen aus 2 bis 12 Zellen). Eine ausführliche Auflistung der beobachteten Zellstadien am 3. Tag nach Insemination findet sich bei KOLLEK (vgl. KOLLEK 2000, 37-45). Versuche, die Embryonen am 5. Tag nach Insemination im Blastozystenstadium zu biopsieren, haben bislang noch nicht zur Etablierung einer Schwangerschaft geführt (vgl. SERMON 2002, 13).

³⁴⁹ Vgl. SERMON 2002, 12.

³⁵⁰ Wenn möglich, sollten 2 Blastomeren entnommen werden, da die diagnostische Sicherheit der PCR bei der Untersuchung von zwei statt einer Blastomere deutlich höher ist (vgl. RAY et al. 1998, 1405-1411; RECHITSKY et al. 1999, 192-198). Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Viertel der Zellmasse des Embryos entnommen werden kann, ohne dass dessen Entwicklung langfristig beeinflusst wird (vgl. TARIN et al. 1992, 970-976). Die Anzahl an Blastomeren, die entnommen werden kann, hängt auch von dem Furchungsstadium des Embryos am 3. Tag nach Insemination ab.

meren können nun mit Hilfe unterschiedlicher molekulargenetischer Methoden untersucht werden.

Zu den am häufigsten verwendeten molekulargenetischen Methoden gehören die Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) und die Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR). Die FISH findet in der Erkennung numerischer (Aneuploidiescreening) und struktureller (Translokationen) Chromosomenaberrationen ihre Anwendung, ferner in der Geschlechtsbestimmung der Embryonen bei geschlechtschromosomgebundenen Erkrankungen.³⁵¹ Die PCR ist die Methode der Wahl beim Nachweis von Einzelgendefekten. Bei der Fluoreszenz-Polymerase-Ketten-Reaktion (fPCR) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der PCR, um deren diagnostische Sicherheit zu erhöhen.³⁵² Weitere molekulargenetische Methoden wie *Primed in situ labeling* (PRINS), *Comparative genomic hybridisation* (CGH) und Zell-Recycling werden erprobt, aber noch nicht allgemein angewendet.

Nach Abschluss der molekulargenetischen Diagnostik kann der Embryotransfer mit den Embryonen, bei denen der unerwünschte genetische Defekt ausgeschlossen werden konnte, vorgenommen werden.³⁵³ Die anderen Embryonen werden im Kulturmedium so

³⁵¹ Bei der FISH werden die zu untersuchenden Blastomeren zunächst fixiert und dann mit Markern zusammengebracht, die spezifische Gensequenzen erkennen und sich an diese binden können. Die Marker sind mit fluoreszierenden Farbstoff verbunden. Nachdem die überschüssigen Marker abgewaschen sind, kann das Ergebnis mit einem Fluoreszenzmikroskop analysiert werden. Die FISH ist schneller und weniger störanfällig als die PCR. Aus technischen Gründen ist es zzt. nur möglich, etwa 5 verschiedene Chromosomen in einem Untersuchungsgang zu analysieren. Je nach genetischer Störung benötigt die FISH zwischen 30 Minuten und 20 Stunden. Die Fehlerquote der FISH liegt bei etwa 5%. Die Ursache hierfür ist vor allen Dingen in Mosaikbildung der untersuchten Embryonen zu suchen (vgl. SERMON 2002, 13; EGOZCUE et al. 2000; KOLLEK 2000, 46-49; MUNNE et al. 1994, 373-379; RUANGVUTILERT et al. 2000, 552-560).

³⁵² Mit der PCR (eng.: *polymerase chain reaction*) kann ein einzelnes Gen *in vitro* exponentiell amplifiziert und anschließend auf einem Gel als Bande sichtbar gemacht werden. Die DNA wird durch Hitze über 90°C denaturiert, mit Primern bei niedrigerer Temperatur hybridisiert und die Primer danach polymerisiert. Diese Schritte werden alternierend durchlaufen. Etwa 20-40 dieser Zyklen sind nötig, bis das Ergebnis analysiert werden kann. Die PCR ist zum einen anfällig für Kontamination durch Eigen-DNA (mütterliche Zellen bzw. anhaftende Spermien) und durch Fremd-DNA (Hautschuppen der Untersucher, Spermien). Zum anderen hat die Problematik des ADO (*allelic drop out*) in der Vergangenheit bereits zu Fehldiagnosen geführt. Deshalb wird versucht, mit Methoden wie der fPCR, der multiplex PCR oder dem Zellrecycling die diagnostische Sicherheit zu erhöhen (vgl. LISSENS/SERMON 1997, 1756ff.; SERMON 2002, 14-16; LUDWIG et al. 1999, 67f.; EGOZCUE et al. 2000, 23; RECHITSKY et al. 2001, S65-S68; LEWIS 2001, 43-50).

³⁵³ In Deutschland dürfen laut geltendem Embryonenschutzgesetz nur so viele Embryonen in einem Zyklus erzeugt werden, wie übertragen werden können (vgl. ESchG § 1 Abs.5). In anderen Ländern können überschüssige Embryonen auch kryokonserviert werden. Die Überlebensraten biopsierter Embryonen bei der Kryokonservierung sind jedoch deutlich schlechter als bei nicht biopsierten Embryonen (33% versus 55%). In der Literatur wurde bislang nur von wenigen etablierten Schwangerschaften nach Kryokonservierung berichtet (vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2002, 243; JERICHO et al. 2003, 568-571; JORIS et al. 1999, 2833-2837; SERMON 2002, 16f.).

lange stehen gelassen, bis sie absterben. Eine Pränataldiagnostik (PND) während der Schwangerschaft zur Überprüfung der molekulargenetischen Diagnostik wird im Allgemeinen aufgrund der in der Literatur berichteten Fehldiagnosen bei PGD empfohlen.³⁵⁴ Das ESHRE PGD CONSORTIUM berichtet von einer Fehldiagnoserate bei FISH von 2% und bei PCR von 8%.³⁵⁵

Obwohl die PGD vor über 10 Jahren das erste Mal angewendet wurde, sind bislang erst relativ wenige Kinder nach einer PGD geboren worden. Der Report des *10th Annual Meeting of the International Working Group on Preimplantation Genetics* von 2000 geht von 140 Lebendgeburten nach PGD aus. Die Tendenz ist in den letzten Jahren steigend. Da keine vollständigen internationalen Daten vorhanden sind, ist die genaue Anzahl schwierig zu schätzen. Die bisher umfassendste Datensammlung bezüglich der PGD stammt vom ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis Consortium. Die Zusammenfassung der Daten bis Dezember 2001 bezieht sich auf 4121 Zyklen aus 36 Zentren. Die Auswertung von 1997 Zyklen (ohne Aneuploidiescreening bei Infertilitätstherapie und *social sexing*), in denen Oocyten gewonnen werden konnten, zeigt eine klinische Schwangerschaftsrate³⁵⁶ von 18% per Zyklus. Die Embryonenbiopsie gelang in 74% der befruchteten Eizellen und bei 87% der biopsierten Blastomeren konnte eine molekulargenetische Diagnose gestellt werden.³⁵⁷ Die Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburtsraten glichen denen regulärer ICSI Zyklen.³⁵⁸ Eine Schwangerschaftsrate von 17 % per Zyklus mit OR (*oocyte retrieval*) berichtet auch VANDERVORST et al. in einer Auswertung von 188 Zyklen. Bei 31,5% der von ihnen zwischen 1993 und 1998 behandelten Paare konnte innerhalb mehrerer Zyklen eine andauernde Schwangerschaft etabliert werden.³⁵⁹ Bei 2/3 der Paare kam es auch nach der Durchführung von bis zu 7 Zyklen nicht zur Geburt eines gesunden Kindes.

³⁵⁴ Vgl. LISSENS/SERMON 1997, 1759.

³⁵⁵ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 29.

³⁵⁶ Gezählt wurden die Schwangerschaften, in denen positive Herztöne des Kindes festgestellt wurden, nicht die geborenen Kinder.

³⁵⁷ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 21f.; STROM et al. 2000, 1629-1632.

³⁵⁸ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 25.

³⁵⁹ Vgl. VANDERVORST et al. 2000, 364.369.

3.1.2 Rechtliche Situation in Deutschland

In den meisten europäischen Ländern wird die PGD bereits durchgeführt.³⁶⁰ Einige Länder (Großbritannien, Spanien, Frankreich) haben bereits Gesetze, die die PGD regeln. In anderen Ländern (Niederlande, Belgien) werden entsprechende Gesetz-entwürfe vorbereitet. In Deutschland wird die PGD bislang nicht durchgeführt. Es gibt kein Gesetz, dass die PGD explizit erwähnt, wohl aber Gesetze, unter deren Gültigkeitsbereich die PGD fallen würde. Die Vereinbarkeit der Präimplantationsdiagnostik mit diesen Gesetzen ist umstritten. Die Legalisierung der PGD in Deutschland ist nur möglich, wenn entweder eine Übereinstimmung mit der geltenden Gesetzeslage konstatiert werden kann oder entsprechende Gesetze zuvor geändert werden. Die rechtliche Debatte ist deshalb innerhalb des öffentlichen Diskurses um die Einführung der PGD von besonderem Interesse. Kontrovers wird neben der Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz (GG) vor allen Dingen die Vereinbarkeit der PGD mit dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) beurteilt.

Die verfassungsrechtlichen Argumentationen beziehen sich hinsichtlich des Embryos auf das Grundrecht auf Leben (Art.2 Abs.2 Satz 1 GG), den Schutz der Menschenwürde (Art.1 Abs.1 Satz 1 GG) und das Verbot der Diskriminierung Behinderter (Art.3 Abs.3 Satz 2 GG). Das Bundesverfassungsgericht hat bislang nicht abschließend geklärt, ab wann dem Embryo der zentrale Schutz der Menschenwürde zusteht. Tendenzen in der Rechtssprechung weisen aber auf die Verschmelzung von Ei und Samenzelle als favorisierten Zeitpunkt des Beginns des Grundrechtsschutzes hin.³⁶¹ Aus der Perspektive des Paares bzw. der Frau werden das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art.2 Abs.1 GG) und damit auch das Selbstbestimmungsrecht über die eigene Fortpflanzung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art.2 Abs.2 Satz 1 GG) angeführt.³⁶² Zwischen diesen Rechtsgütern muss nun eine verfassungsgemäße Abwägung stattfinden. Das Bundesverfassungsgericht hat sich bereits anlässlich der Abtreibungsregelungen mit dieser Problematik auseinandersetzen müssen. Es hat entschieden, dass ein Vorrang des Selbstbestimmungsrechtes der Frau vor dem Lebensrecht des unge-

³⁶⁰ Nicht durchgeführt wird die PGD in Österreich, der Schweiz, Deutschland, Polen und Irland (vgl. SIMON 1999, S63-69; VIVILLE/PERGAMENT 1998, 1376-1379; KRONES 2004, 626).

³⁶¹ BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1993, 251f.

³⁶² Der gelegentlich angeführte staatliche Schutz von Ehe und Familie (Art.6 Abs.1 GG) ist in diesem Zusammenhang nur von untergeordneter Bedeutung, weil er sich auf das „Ob“ einer Familiengründung bezieht. Er schützt bereits vorhandene Gemeinschaften von Eltern und Kindern. Ein Recht auf die Bereitstellung spezifischer Formen der Familienplanung gibt es nicht (vgl. SPRANGER 2001, 480f.).

borenen Lebens mit dem Grundgesetz nicht vereinbar ist.³⁶³ Dennoch hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass im Falle der Abtreibung trotz Rechtswidrigkeit von einer Strafverfolgung abgesehen werden kann. Ob die Situation der Embryonen in der Petrischale bei der PGD analog zu einer bestehenden Schwangerschaft gewertet wird, bliebe letztendlich vom Bundesverfassungsgericht zu entscheiden. Eine Regelung analog der Abtreibungsregelung wäre jedenfalls denkbar.³⁶⁴

Konfliktpunkte zwischen PGD und Embryonenschutzgesetz (ESchG) werden vor allen Dingen hinsichtlich folgender Problemkomplexe diskutiert. Das Embryonenschutzgesetz verbietet, einen extrakorporal erzeugten Embryo zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck abzugeben, zu erwerben oder zu verwenden (§ 2 Abs.2 ESchG). Als Embryo nach dem ESchG gilt „bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag“ (§ 8 Abs.1 ESchG). Eine Präimplantationsdiagnostik an totipotenten Zellen wäre somit rechtswidrig, weil die Zelle im Verlauf der Diagnostik zerstört, also nicht zu einem ihrer Erhaltung dienenden Zweck verwendet wird.³⁶⁵ Der Diskussionsentwurf einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik der Bundesärztekammer schlägt deshalb vor, die PGD an nicht totipotenten Zellen vorzunehmen. Nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft gelten Zellen nach Abschluss des Acht-Zell-Stadiums als nicht mehr totipotent.³⁶⁶ Aber auch die PGD an nicht totipotenten Zellen ist juristisch umstritten. Das Embryonenschutzgesetz verbietet, „eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt“ (§ 1 Abs.1 Satz 2 ESchG). Gegnerinnen und Gegner sehen in der PGD eine „Zeugung auf Probe“ und somit einen Verstoß gegen diesen Paragraphen.³⁶⁷ Befürworterinnen und Befürworter argumentieren, dass das Gesamtziel der PGD die Etablierung einer Schwangerschaft sei und die Eizellen zu diesem Zweck befruchtet

³⁶³ Vgl. HEPP 2000, B-1038. BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1975, 43f.

³⁶⁴ Vgl. SPRANGER 2001, 479-487.

³⁶⁵ Hinsichtlich dieser Einschätzung besteht in der Literatur Konsens (vgl. LAUFS 1999, S55f.; BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A-525f.; HEPP 2000, B-1039).

³⁶⁶ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A-525f.; LUDWIG et al. 2000, 568; BEIER 1999, 190.

³⁶⁷ Vgl. RIEDEL 2000, B-514f.

würden, auch wenn einzelne Embryonen nicht transferiert würden.³⁶⁸ Die Beurteilung dieser Frage wird sicherlich davon abhängen, ob der Fokus auf das Verfahren als Ganzes oder auf den einzelnen Embryo gerichtet wird. Für eine endgültige Klärung dieser Frage bliebe ein gerichtliches Urteil abzuwarten. Die Durchführung der PGD an nicht totipotenten Zellen könnte als konform mit dem geltenden Embryonenschutzgesetz gewertet werden. LUDWIG et al. weisen jedoch darauf hin, dass die Einführung der PGD bei geltendem ESchG die Erfolgsaussichten derselben erheblich einschränken würde.³⁶⁹ § 1 Abs.1 Satz 3 und 5 ESchG verbieten die Übertragung von mehr als 3 Embryonen innerhalb eines Zyklus und die Befruchtung von mehr Eizellen einer Frau, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen. Somit stünden nur 3 Embryonen für die Biopsie und molekulargenetische Untersuchung zur Verfügung. Da jedoch die Embryonen, die als Träger der genetischen Erkrankung diagnostiziert wurden oder nicht eindeutig diagnostiziert werden konnten, nicht transferiert werden, stehen unter Umständen keine oder nicht genügend Embryonen für einen Transfer zur Verfügung. LUDWIG et al. sehen deshalb eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes für die Einführung der PGD als sinnvoll an.

Insgesamt zeigt die Literatur, dass die Vereinbarkeit der PGD mit dem Grundgesetz und dem Embryonenschutzgesetz aufgrund der oben ausgeführten Konfliktpunkte zwar juristisch umstritten ist, eine Entscheidung zugunsten einer Legalisierung der PGD in Deutschland aber möglich erscheint. Wenn das Embryonenschutzgesetz in seiner jetzigen Fassung beibehalten wird, ist die praktische Durchführung der PGD jedoch erheblich eingeschränkt.

³⁶⁸ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A-525; SCHREIBER 2000, B-967f. Der Kommentar zum ESchG von KELLER et al. zeigt indessen noch eine weitere Interpretationsmöglichkeit auf. Der Nichttransfer einzelner Embryonen bleibt dann straffrei, wenn jeder einzelne Embryo von ärztlicher Seite aus mit dem Ziel gezeugt wurde, ihn zu transferieren. Weil die Frau jedoch nicht gezwungen werden kann, sich den Embryo transferieren zu lassen, könnte sie sich somit gegen den Transfer von Embryonen mit bestimmten genetischen Dispositionen entscheiden (vgl. KELLER et al. 1992, 95.153-160).

³⁶⁹ LUDWIG et al. 2000, 568.570.

3.2 Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS

In der Darstellung der ethischen Grundlegung des Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS (2.1.2) ist deutlich geworden, dass BEAUCHAMP und CHILDRESS ethische Theoriebildung als einen dialektischen Prozess begreifen. Die aus der *common morality* entwickelten Prinzipien sollen in ihrer Anwendung auf konkrete moralische Probleme überprüft werden und im Konfliktfall eine Revision der ethischen Theorie anregen. Ich werde nun die Präimplantationsdiagnostik unter dem Blickwinkel der ethischen Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS analysieren und beurteilen und dabei ihren ethischen Ansatz auf Kohärenz und praktische Anwendbarkeit hin überprüfen. Die ethische Analyse der Präimplantationsdiagnostik geschieht vor dem Hintergrund der Diskussion um eine mögliche Legalisierung dieser Technik in Deutschland (siehe 3.1.2). Eine Empfehlung für oder gegen die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik soll aus der Perspektive der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS erarbeitet werden.

Als Strategien zur Lösung moralischer Konflikte stellen BEAUCHAMP und CHILDRESS in den „*Principles of Biomedical Ethics*“ die Methodenschritte der Anwendung, Spezifizierung und Abwägung vor (siehe 2.1.2). Eine direkte und eindeutige Anwendung der vier Prinzipien ist für die meisten Konfliktfälle nicht möglich, da viele der moralischen Probleme im Bereich der Biomedizinethik komplex sind und unter den Geltungsbereich mehrerer Prinzipien fallen, so auch im Falle der Präimplantationsdiagnostik. Für eine differenzierte ethische Analyse schlagen BEAUCHAMP und CHILDRESS deshalb die Methoden der Spezifizierung und Abwägung vor, wobei der Methode der Spezifizierung zunächst Vorrang eingeräumt wird. Führt die Spezifizierung der einzelnen Prinzipien nicht zur Auflösung der moralischen Konflikte zwischen konkurrierenden Pflichten und Handlungsanweisungen, so soll zwischen den Prinzipien abgewogen und das für den konkreten Konfliktfall gewichtigere Prinzip bestimmt werden.³⁷⁰ BEAUCHAMP und CHILDRESS beschreiben in ihrem ethischen Ansatz, unter welchen Gesichtspunkten sie die ethischen Prinzipien spezifizieren (siehe 2.1.3 bis 2.1.6). In der praktischen Anwendung ihrer Prinzipien auf konkrete ethische Probleme stellt sich nun

³⁷⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 28f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 15-21.

die Frage, inwieweit ihre Spezifizierungen der vier Prinzipien als Teil ihrer ethischen Theoriebildung zu verstehen und damit bindend sind. Grundsätzlich könnte der Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS so verstanden werden, dass lediglich die Prinzipien in ihrer abstrakten Form die Basis ihrer ethischen Theoriebildung darstellen und die Spezifizierungen von den Nutzerinnen und Nutzern der Theorie selbst geleistet werden müssen. Damit wäre der ethische Ansatz allerdings wenig praxisnah und für Menschen, die sich nicht professionell mit Ethik beschäftigen, kaum anwendbar. Darum gehe ich davon aus, dass die Spezifizierungen als Teil der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS zu verstehen sind und bei der Analyse eines praktischen Problems als Orientierungshilfe dienen sollen. So werde ich zunächst die Implikationen der von BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizierten Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit für die Präimplantationsdiagnostik bestimmen und untersuchen, ob sich aus diesen Spezifizierungen eine eindeutige Empfehlung hinsichtlich der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik ergibt. Sollte dies nicht der Fall sein, werde ich, als zweiten methodischen Schritt, zwischen den konkurrierenden Handlungsoptionen abwägen.

Am Ende dieses Kapitels (3.2.3) werde ich erörtern, ob der ethische Entwurf von BEAUCHAMP und CHILDRESS in der Anwendung auf die Präimplantationsdiagnostik den von ihnen aufgestellten Kriterien ethischer Theoriebildung (siehe 2.1.2) gerecht wird und ob sie das Ziel ihrer pragmatischen Ethik erreichen, zur Erarbeitung kontextsensitiver und konsensfähiger praktischen ethischen Urteilen anzuleiten (siehe 2.3).

3.2.1 Die Spezifizierung der Prinzipien in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik

BEAUCHAMP und CHILDRESS verstehen ihre Ethik als kontextsensitiv in dem Sinne, dass die Interessen und Bedürfnisse der in einem ethischen Konflikt involvierten Personen analysiert und miteinander in Beziehung gesetzt werden sollten. Ausschlaggebend sind für sie dabei die unmittelbar betroffenen Personen. In ihrer ethischen Analyse arbeiten sie fallorientiert, d. h. im Vordergrund steht die Betrachtung von Einzelfällen. Einzelfälle können in der praktischen Ethik sowohl individuelle als auch sozial-stereo-

type Handlungssituationen beinhalten.³⁷¹ Hinsichtlich der Frage der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik ist in der ethischen Reflexion von Einzelfällen im Sinne sozial-stereotyper Handlungssituationen auszugehen. Der Urteilsmodus von BEAUCHAMP und CHILDRESS orientiert sich an Einzelfällen. Die Stärkung und der Schutz individueller Bedürfnisse ist das Hauptanliegen ihrer ethischen Urteilsfindung (siehe 2.3).

In der Diskussion um die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland steht im Zentrum der Debatte deren Anwendung bei Paaren, die ein bekanntes, gegenüber der Normalbevölkerung erhöhtes Risiko der Vererbung einer monogen bedingten Erkrankung oder eine Chromosomenstörung haben. Andere Indikationen, beispielsweise das Aneuploidiescreening bei IVF oder ICSI im Rahmen einer Infertilitätstherapie, wären denkbar (siehe 3.1.1). Die Legalisierung der PGD für weitere Indikationen wird zur Zeit in der öffentlichen Diskussion in Deutschland weitestgehend abgelehnt,³⁷² so dass sich eine fallorientierte Analyse im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS zunächst auf Fälle aus der erstgenannten Kategorie beschränken könnte. Für diese Fälle werden als unmittelbar betroffene Konfliktparteien in der öffentlichen Diskussion zum einen die Paare benannt, die die PGD nutzen wollen, zum Anderen die Embryonen, die im Rahmen der PGD erzeugt und gegebenenfalls selektiert und vernichtet werden. Eine fallbezogene ethische Analyse muss also die Situation beider Seiten und ihre Beziehung zueinander wahrnehmen und ethisch reflektieren. Gemäß dem Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS muss zunächst eine Spezifizierung der Prinzipien hinsichtlich der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik erfolgen. Da sich im Zusammenhang mit der PGD komplexe ethische Probleme ergeben, ist zu erwarten, dass alle vier Prinzipien, das Prinzip des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit, für die Analyse der PGD relevant sind.

3.2.1.1 Das Prinzip des Respekts vor Autonomie

BEAUCHAMP und CHILDRESS orientieren sich in ihrem Verständnis von Autonomie an der aktualisierten Möglichkeit und Fähigkeit zu autonomer Entscheidungsfindung.

³⁷¹ Vgl. LEIST 1998, 763.

³⁷² So werden im „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ der Bundesärztekammer die Geschlechtsbestimmung ohne Krankheitsbezug (*social sexing*), das Alter der Eltern sowie die Sterilitätstherapie durch assistierte Reproduktion als Indikationen abgelehnt (vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526).

Respekt vor Autonomie bedeutet für sie, dass alle im Gesundheitswesen Tätigen autonome Entscheidungen von Patientinnen und Patienten fördern und achten sollen (siehe 2.1.3). Im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik sind als Träger autonomer Entscheidungen zunächst die Paare zu berücksichtigen, die eine PGD durchführen lassen wollen.

Die Diskussion um die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland wurde durch die Nachfrage eines Paares in Lübeck angestoßen, das bereits ein Kind mit Mukoviszidose bekommen hatte.³⁷³ In ihrem „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ schlägt die BUNDESÄRZTEKAMMER die Einführung der PGD für Paare vor, „die ein hohes Risiko für eine bekannte und schwerwiegende, genetisch bedingte Erkrankung“³⁷⁴ haben. Schätzungen gehen davon aus, dass bei dieser Indikationsstellung etwa 50 bis 100 Paare im Jahr in Deutschland eine PGD durchführen lassen wollen würden.³⁷⁵ In einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Deutschland geförderten Studie von RICHTER et al. gaben 17% der befragten Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung die PGD als die wahrscheinlichste Möglichkeit an, zukünftig mit ihrem Kinderwunsch umzugehen.³⁷⁶ Innerhalb Deutschlands zeigt sich also bei einem Teil der Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung der deutliche Wunsch, sich für eine PGD entscheiden zu können. Die Frage ist nun, unter welchen Bedingungen die Entscheidungen dieser Paare für eine Präimplantationsdiagnostik als autonom und damit als förderungswürdig anzusehen sind.

Für BEAUCHAMP und CHILDRESS sind Intentionalität, ein substantielles Ausmaß an Verständnis und die Freiheit von kontrollierenden Einflüssen notwendig, um eine Entscheidung als autonom zu qualifizieren (siehe 2.1.3). Das Kriterium der Intentionalität ist bei einer bewussten Entscheidung der Paare für eine PGD erfüllt.

Schwieriger ist die Beurteilung des Kriteriums des Verständnisses. Die Präimplantationsdiagnostik ist ein komplexes medizinisches Verfahren. Eine Fülle von Informationen hinsichtlich des Vererbungsrisikos, der durchzuführenden Verfahren, der Risiken

³⁷³ Vgl. OEHMICHEN 1999, S16ff.; LUDWIG/DIEDRICH 1999, S42.

³⁷⁴ BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526.

³⁷⁵ Laut Aussage von K. DIEDRICH bei einer Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit zur künstlichen Befruchtung beim Menschen am 20. Oktober 1997.

³⁷⁶ Vgl. RICHTER et al. 2003, 86. Allen Paaren war bekannt, dass die PGD bislang in Deutschland verboten ist. Einige hatten bereits Kontakt zu Präimplantationszentren im Ausland aufgenommen.

der Behandlung (insbesondere die Risiken der IVF bzw. ICSI), der zu erwartenden Erfolgsraten und der alternativen Möglichkeiten, mit dem Kinderwunsch umzugehen, müssen vermittelt werden.³⁷⁷ Dies stellt hohe Anforderungen an das bzw. die Aufklärungsgespräche. Die Anforderungen und Probleme der Informationsvermittlung bei der PGD sind analog zu anderen komplexen Beratungsfeldern wie der humangenetischen Beratung und der Infertilitätstherapie (IVF und ICSI) zu sehen. Prinzipiell ist auch die Vermittlung komplexer Informationen und Sachverhalte leistbar. Studienergebnisse haben jedoch gezeigt, dass teilweise auch nach Durchführung einer PGD oder einer humangenetischen Beratung erhebliche Differenzen bestanden zwischen der Einschätzung der Personen, die beraten worden sind, und den realen Erfolgswahrscheinlichkeiten und diagnostischen Möglichkeiten. So fiel bei einer Studie von LAVERY et al. an 36 Paaren, die eine PGD hatten durchführen lassen, auf, dass nur 41% der befragten Paare die Erfolgchancen der PGD richtig einschätzten. 59% der Paare überschätzen die Wahrscheinlichkeit, nach Durchführung der PGD schwanger zu werden.³⁷⁸ In einer Befragung von RICHTER et al. an 162 Paaren mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung und 151 Paaren einer Kontrollgruppe ohne genetisches Risiko waren nach erfolgter humangenetischer Beratung nur 65,6% der Befragten über die Möglichkeit einer vorgeburtlichen Diagnostik richtig informiert.³⁷⁹

Die Diskrepanz zwischen Einschätzungen der betroffenen Paare und den realen diagnostischen Möglichkeiten und Erfolgswahrscheinlichkeiten kann einerseits in der Art der Informationsvermittlung der Aufklärenden begründet sein. MARTEAU et al. beobachteten in einer Untersuchung von Aufklärungsgesprächen vor Amniozentese durch Geburtshelfer in Großbritannien eine teilweise mangelhafte bzw. verzerrende Darstellung der diagnostischen Möglichkeiten und Risiken.³⁸⁰ Die Bezugsgrößen zur Angabe

³⁷⁷ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A528.

³⁷⁸ Vgl. LAVERY et al. 2002, 2465. Gemäß den Statistiken des ESHRE PGD CONSORTIUMS beträgt die Erfolgswahrscheinlichkeit der PGD (Geburt eines Kindes nach Durchführung einer PGD) zwischen 9,6 und 16% (siehe 3.1.1). In der Untersuchung von LAVERY et al. schätzten 41% der Paare die Wahrscheinlichkeit, nach PGD schwanger zu werden, zwischen 0-20% ein. 24% der Paare schätzten die Erfolgswahrscheinlichkeit zwischen 21-40% ein, 35% der Paare schätzten die Erfolgswahrscheinlichkeit sogar >41% ein.

³⁷⁹ Vgl. RICHTER et al. 2003, 71-73. Nach eigenen Angaben wurden 47,3% der Zielgruppe (Paare mit Risiko für die Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung) und 6,2% der Kontrollgruppe bereits humangenetisch beraten. Objektiv bestand für 96,9% der befragten Erkrankungen die Möglichkeit einer vorgeburtlichen Diagnostik. Auch nach erfolgter humangenetischer Beratung wussten 26,8% der Befragten bei gegebener Möglichkeit zur vorgeburtlichen Diagnostik nicht, ob diese möglich ist. 7,6% glaubten sogar, eine vorgeburtliche Diagnostik wäre nicht möglich.

³⁸⁰ Vgl. MARTEAU et al. 1993, 3-10. Die Aufklärungsgespräche zwischen 25 Patientinnen und 17 Ärzten wurden mit Tonband aufgenommen und ausgewertet. Zumeist wurden die Patientinnen nur über die

von Erfolgsraten sind teilweise irreführend. So berechnet das ESHRE PGD CONSORTIUM die Erfolgsrate der PGD als Rate von Schwangerschaften mit gemessenem positiven Herzschlag pro Behandlungszyklus mit Eizellgewinnung (OR=*oocyte retrieval*).³⁸¹ Nicht alle Schwangerschaften mit gemessenem positiven Herzschlag führen jedoch zur Geburt eines Kindes und nicht alle begonnenen Behandlungszyklen führen zu einer Gewinnung von Eizellen. Die vom ESHRE PGD CONSORTIUM berechnete Erfolgsrate wird also höher liegen als die für die Patientin eigentlich interessante Erfolgsrate von Schwangerschaften, die zur Geburt mindestens eines Kindes führen, pro begonnenen Behandlungszyklus.³⁸² Obwohl Nichtdirektivität ein anerkanntes Ideal humangenetischer Beratungen ist, fanden sowohl MICHIE et al. als auch KESSLER in ihren Untersuchungen humangenetischer Beratungsgespräche eine deutliche Anzahl direkter Gesprächsinterventionen. Dies veranlasste sie sowohl klarere Beratungskonzepte als auch mehr Training für die Beratenden zu fordern.³⁸³ Möglicherweise liegen unrealistische Einschätzungen und Erwartungen gegenüber der Reproduktionsmedizin auch darin begründet, dass das Thema Reproduktion von den Betroffenen in einer Art und Weise emotional besetzt ist, die die Rezeption vermittelter Informationen sehr selektiv macht.³⁸⁴ Weitere Untersuchungen über die genauen Ursachen dieses Befundes wären nötig, um zukünftig ein größeres Ausmaß an Verständnis bei den Patientinnen und Patienten zu erreichen. Das Prinzip des Respekts vor Autonomie verlangt nach BEAUCHAMP und CHILDRESS nur ein substantielles Ausmaß an Verständnis, nicht ein vollständiges. Eine vollständige Aufklärung über alle relevanten Aspekte einer Therapie sowie deren vollständiges Verständnis sei ohnehin selten möglich und sowohl

genetische Diagnostik hinsichtlich des Down-Syndroms aufgeklärt. In weniger als einem Drittel der Aufklärungsgespräche wurde auch die Untersuchung anderer Chromosomenanomalien wie Trisomie 13 und 18 erwähnt. Wenige Patientinnen wurden darüber aufgeklärt, dass weniger als 50% aller genetisch bedingten Fehlbildungen und Erkrankungen mittels einer Routineamniozentese diagnostiziert werden können. Die Wahrscheinlichkeit des Verlustes einer Schwangerschaft durch Amniozentese wurde als niedrig und die des Auftretens eines Down-Syndroms wurde als hoch bezeichnet, obwohl beide Ergebnisse zum Zeitpunkt der Untersuchung der Patientinnen in etwa gleich hoch waren.

³⁸¹ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 22.

³⁸² DAYA kommt in seiner Analyse der verschiedenen Möglichkeiten der statistischen Berechnung von Erfolgswahrscheinlichkeiten zu dem Schluss, dass die Überbewertung der Erfolgswahrscheinlichkeiten der assistierten Reproduktion in vielen aktuellen Statistiken bei betroffenen Paaren dazu führen kann, dass Reproduktionsentscheidungen aufgrund falscher Annahmen getroffen werden (vgl. DAYA 2005, 1135).

³⁸³ Vgl. MICHIE et al. 1997, 40-47; KESSLER 1997, 164-171.

³⁸⁴ BEAUCHAMP und CHILDRESS führen als Beispiel selektiver Wahrnehmung den Fall einer Patientin an, die nicht glauben wollte, dass sie an einem Zervixkarzinom erkrankt war, weil sie sich ja nicht krank fühle und bislang kein Gewicht verloren habe. Trotz eindeutiger Biopsieergebnisse und Aufklärungsgesprächen weigerte sie sich, sich behandeln zu lassen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 161; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 92).

ein Mangel als auch ein Überangebot an Informationen könne autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigen.³⁸⁵ Dennoch muss darüber nachgedacht werden, ab welchem Ausmaß des Missverständnisses grundlegender Sachverhalte wie diagnostischer Möglichkeiten und Erfolgswahrscheinlichkeiten eine Entscheidung für eine Infertilitätsbehandlung bzw. eine PGD hinsichtlich ihrer Autonomie bezweifelt werden muss und wie solchen Missverständnissen begegnet werden soll.

Unter Freiheit von kontrollierenden Einflüssen verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS die Freiheit von Zwang, Überredung und Manipulation durch Einzelpersonen. Eine autonome Entscheidung muss ohne Ausübung von Gewalt oder Drohung und ohne Überredung zustande gekommen sein. Wichtige Informationen dürfen nicht zurückgehalten werden. Dem Kriterium der Freiheit von kontrollierenden Einflüssen durch Einzelpersonen kann im Rahmen der Entscheidung für eine PGD genüge getan werden. Zwar ist eine völlig nichtdirektive Beratung oder Aufklärung meines Erachtens nicht möglich, weil eigene Präferenzen und Interessen immer deutlich werden. Eine Offenheit für die eigene Entscheidung der betroffenen Paare ist in einer Beratung aber zu gewährleisten, jedenfalls wenn eine sorgfältige Ausbildung und Supervision der Beratenden durchgeführt wird. Schwieriger ist es, Einflüsse zu erfassen, die nicht von Einzelpersonen sondern von Institutionen oder Strukturen ausgeübt werden, insbesondere wenn diese strukturellen Einflüsse nicht aus einzelne Ursachen sondern auf ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zurückzuführen sind. So bedeutet die Geburt eines behinderten Kindes für viele Paare eine grundlegende Veränderung ihrer Lebensgestaltung. Besonders für die betroffenen Frauen führt die Geburt eines behinderten Kindes oft zu einer Einschränkung oder einem völligen Verzicht auf die eigene Berufstätigkeit.³⁸⁶ Ursache hierfür können mangelnde Betreuungsmöglichkeiten für behinderte Kinder sein. Für die Paare bedeutet das Leben mit einem behinderten Kind Einschränkungen in der Freizeitgestaltung, da viele Veranstaltungsorte, Restaurants, Ferienorte etc. nicht behindertengerecht sind. Vorurteile und Berührungsängste im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und auch der eigenen Familie isolieren die betroffenen Familien

³⁸⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 157-159; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 88-90.

³⁸⁶ Die Studie von RICHTER et al. ergab, dass nur 6,7% der Frauen aus den befragten Hochrisikofamilien voll erwerbstätig sind, in der Kontrollgruppe sind es 16,7%. 41,1% der Frauen aus den Hochrisikofamilien sind Hausfrauen, in der Kontrollgruppe sind es 22,2% (vgl. RICHTER et al. 2003, 61f.).

und machen eine Umorientierung im sozialen Umfeld nötig.³⁸⁷ Solche strukturellen Einflüsse auf die eigene Lebensgestaltung können die Entscheidung der Paare für oder gegen das Leben mit einem oder mit einem weiteren behinderten Kindbeeinflussen. Sie sind jedoch schwer quantifizierbar und direkt messbar. In der Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie von BEAUCHAMP und CHILDRESS spielen indirekte und strukturelle Einflüsse für die Beurteilung der Möglichkeit autonomer Entscheidungsfindung keine Rolle. Im Rahmen des Konzeptes von Autonomie von BEAUCHAMP und CHILDRESS ist der Wunsch der Paare, die das Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung haben, nach der Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik in Deutschland als autonom zu qualifizieren und damit *prima facie* zu fördern.

Die Situation der Embryonen lässt sich, unabhängig von dem Status der frühen Embryonen, nicht unter der Gültigkeit des Prinzips des Respekts vor Autonomie nach BEAUCHAMP und CHILDRESS fassen. Da Embryonen keine eigenständigen Interessen vertreten und Entscheidungen treffen können, käme im Hinblick auf die Wahrnehmung ihrer möglichen Interessen nur eine stellvertretende Entscheidung durch eine andere Person infrage. Eine solche stellvertretende Entscheidung kann nach BEAUCHAMP und CHILDRESS nur dann als autonom qualifiziert werden, wenn sie sich an den mutmaßlichen Präferenzen des betroffenen Menschen orientiert. Diese können entweder zuvor schriftlich niedergelegt oder aus dem bisherigen Leben geschlussfolgert werden.³⁸⁸ Da dies bei Embryonen nicht möglich ist, kann im Hinblick auf die individuellen Embryonen in ihrem Sinne keine als autonom zu qualifizierende Entscheidung getroffen werden. Es käme nur eine Entscheidung in ihrem besten Interesse (*best interest standard*) infrage, die jedoch unter das Prinzip des Wohltuns oder das Prinzip des Nichtschadens fallen würde.

3.2.1.2 Das Prinzip des Nichtschadens

BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizieren das Prinzip des Nichtschadens als Gruppe von negativen Pflichten, die die Unterlassung schädigender Handlungen fordern.³⁸⁹ Als Schädigung können körperliche Schäden und die Verletzung gewichtiger Interessen

³⁸⁷ In der Studie von RICHTER et al. zeigte sich bei der Zielgruppe (Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Paare ohne ein solches Risiko) eine deutlich geringere soziale Unterstützung durch Freunde und Geschwister (vgl. RICHTER et al. 2003, 58).

³⁸⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 170-180; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 98-103.

³⁸⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 190-193; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 113-116.

verstanden werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS konzentrieren sich in ihrer Spezifizierung von Schaden auf Aspekte physischer Schädigungen, insbesondere auf Schmerzen, Behinderung und Tod. Beeinträchtigungen des psychischen Befindens, von finanziellen und anderen Interessen erkennen sie zwar als Schädigungen an, sie sind für sie aber nur von untergeordneter Bedeutung (siehe 2.1.4).³⁹⁰ Aufgrund dieser engen Spezifizierung kann der Wunsch der Paare nach Durchführung einer PGD nur sehr eingeschränkt unter den Geltungsbereich des Prinzips des Nichtschadens gefasst werden. Die betroffenen Paare könnten zwar u. U. anführen, dass für sie durch die Geburt eines behinderten Kindes oder durch andauernde Kinderlosigkeit gewichtige Interessen wie psychisches Wohlbefinden, finanzielle Interessen oder Möglichkeiten persönlicher Lebensgestaltung beeinträchtigt werden. Eine eigene physische Schädigung im Sinne von Schmerzen oder Tod kann jedoch kaum geltend gemacht werden. In der Frage, ob ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit definiert werden kann, gibt es unterschiedliche Auffassungen. In einer Befragung von RICHTER et al. unter verschiedenen Expertengruppen (Ethikern, Humangenetikern, Gynäkologen, Hebammen und Pädiater) schätzten alle Expertengruppen bis auf die befragten Gynäkologen die ungewollte Kinderlosigkeit am ehesten als eine nicht grundsätzlich behandlungsbedürftige Funktionsstörung ein, die im Einzelfall psychischen Leidensdruck bewirken kann. Lediglich die Gynäkologen ordneten ungewollte Kinderlosigkeit am ehesten als Funktionsstörung ein, die einer Krankheit entspricht.³⁹¹ Unabhängig davon, ob die ungewollte Kinderlosigkeit der Paare (die sich ein leibliches Kind wünschen, aber das Risiko der mit Schwangerschaft mit einem Kind mit einer bestimmten genetischen Veranlagung nicht eingehen wollen) als Krankheit eingestuft wird, ist der Wunsch der Paare nach Durchführung einer PGD nicht mit einer negativen Pflicht, der Unterlassung bestimmter Handlungen verbunden, sondern mit einem positiven Anspruch. Dieser wäre im Rahmen der Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns zu diskutieren.

³⁹⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 193; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 117.

³⁹¹ Vgl. RICHTER et al. 2005, 122f. Die repräsentative postalische Befragung (in Klammern sind die Rücklaufquoten der Fragebögen angegeben) wurde an 166 Pädiater (31,5%), 168 Ethikern (41,4%), 294 Hebammen (38,5%), 104 Humangenetikern (54,2%) und 147 Gynäkologen (33,2%) durchgeführt. Den Status ungewollter Kinderlosigkeit schätzten als nicht grundsätzlich behandlungsbedürftige Funktionsstörung 51,2% der Ethiker, 44,1% der Humangenetiker, 48,8% der Hebammen, 48,2% der Pädiater und 27,6% der Gynäkologen ein. Als Funktionsstörung, die einer Krankheit entspricht, beurteilten die ungewollte Kinderlosigkeit 42,1% der Gynäkologen, aber nur 9,0% der Ethiker, 12,7% der Humangenetiker, 6,5% der Hebammen und 9,6% der Pädiater.

Um eine Präimplantationsdiagnostik durchzuführen, werden Eizellen befruchtet mit dem Ziel, die entstandenen Embryonen zu biopsieren, genetisch zu diagnostizieren und nur diejenigen zu transferieren, die die genetisch unerwünschte Veranlagung nicht aufweisen. Die Embryonen, die die genetisch unerwünschte Veranlagung aufweisen oder die nicht eindeutig diagnostiziert werden konnten, werden in der Nährlösung stehen gelassen bis sie absterben (siehe 3.1.1). Inwieweit die Selektion und das Absterbenlassen dieser Embryonen als Schädigung derselben und damit als im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS zu unterlassende Handlung beurteilt wird, hängt wesentlich von den Wertzuschreibungen ab, die gegenüber frühen Embryonen gemacht werden.

Die Entstehung menschlichen Lebens ist von der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, über die Zellteilung, Einnistung, Differenzierung der Zellen, Organogenese bis zur Geburt des Kindes ein kontinuierlicher Prozess. An welchem Punkt in diesem Prozess der Beginn menschlichen Lebens liegt und welche moralische Verpflichtungen und Rechte gegenüber welchen frühen Formen menschlichen Lebens bestehen, ergibt sich nicht aus biologischen Notwendigkeiten, sondern aus gesellschaftlich geteilten und individuellen moralischen Empfindungen und Wertungen heraus. Die Auseinandersetzung über Wertzuschreibungen und Umfang moralischer Pflichten und Rechte gegenüber den frühen Embryonen wird innerhalb der Diskussion um die Einführung der Präimplantationsdiagnostik unter dem Stichwort des Status des Embryos geführt. Grundsätzlich sind drei Möglichkeiten zu unterscheiden, den moralischen Status des Embryo zu definieren: 1. Frühe Embryonen sind als Gewebe anzusehen und besitzen keinen eigenen moralischen Status, sie besitzen keine intrinsische Schutzwürdigkeit. Sie unterliegen denselben Kriterien der Verfügbarkeit oder Nichtverfügbarkeit wie andere Körperorgane oder Gewebe.³⁹² 2. Embryonen, auch in ihren frühen Stadien, sind als potentielle Personen anzusehen und besitzen als solche einen eigenen moralischen Status. Dieser moralische Status unterscheidet sich von dem moralischen Status bereits geborener Menschen.³⁹³ 3. Embryonen sind von der Zeugung an als eigenständige

³⁹² Diese Position koppelt den Personenstatus und daraus resultierende moralische Rechte meist entweder an die Fähigkeit zu Rationalität und Selbstbewusstsein oder zumindest an die Fähigkeit zu Empfindung. Je nach Definition variiert der Entwicklungsstatus ab dem der vollständige Personenstatus zugeschrieben wird. Da frühe Embryonen jedoch weder über Rationalität noch über die neurologischen Voraussetzungen für Empfindungen verfügen, sind sie in jedem Falle von einem Personenstatus ausgenommen (vgl. CHILDRESS 1991, 97ff.; TONG 1997, 125-129).

³⁹³ Diese Position kann unterschiedlich begründet werden. Entweder werden an die Potentialität der Entwicklung zu einem geborenen Menschen direkt abgestufte moralische Rechte geknüpft. Oder frühe

Personen zu betrachten und besitzen denselben moralischen Status wie bereits geborene Menschen.³⁹⁴

In ihrer Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens bewerten BEAUCHAMP und CHILDRESS den verursachten oder in Kauf genommenen Tod von bereits geborenen Menschen *prima facie* als moralisch falsch.³⁹⁵ Je nach Einordnung des moralischen Status des frühen Embryos, können sich unterschiedliche Analogieschlüsse zwischen dem Absterbenlassen der frühen Embryonen bei der PGD und dem in Kauf genommenem Tod bereits geborener Menschen gezogen werden. Werden frühe Embryonen als Gewebe angesehen, so besteht ein kategorialer Unterschied zwischen frühen Embryonen und bereits geborenen Menschen und ein Analogieschluss wäre nicht plausibel. Wird frühen Embryonen der gleiche moralische Status zugesprochen wie bereits geborenen Menschen, so kann das Absterbenlassen der Embryonen analog zum in Kauf genommenen Tod von Personen und damit als zu unterlassende Handlung gedeutet werden. Der moralische Status des Embryo und damit verknüpft das Ausmaß seines Schutzanspruches und seiner Rechte kann nicht empirisch bestimmt werden, da zur Begründung des moralischen Status normative Begriffe wie „Personalität“ und „Würde“ bzw. anthropologische Vorstellungen (Vorstellungen vom Wesen des „Menschseins“) herangezogen werden müssen. Eine wertende Einschätzung ist in dieser Frage unerlässlich.

BEAUCHAMP und CHILDRESS äußern sich in den „*Principles of Biomedical Ethics*“ nicht explizit, welchen moralischen Status sie einem frühen Embryo beimessen. In seiner Darstellung der Arbeit des *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* und dessen abschließendem Bericht unterstützt CHILDRESS jedoch die Position des Panels, dass Feten potentielle menschliche Wesen seien, denen zumindest ein symbolischer Wert zukomme. Auch aus Respekt vor denen, die Feten als vollständige Personen ansähen, seien Feten darum besondere Schutzrechte zuzuschreiben. Eine Festlegung auf einen bestimmten moralischen Status sei nicht notwendig. Stattdessen sollte auf einer pragmatischen Ebene nach der Zuschreibung konsensfähiger Schutzrechte gesucht

Embryonen werden nicht selbst als Träger von moralischen Rechten angesehen, erhalten aber aus Gründen der leiblichen Kontinuität zu Personen ein aus der Menschenwürde abgeleiteten Schutzstatus (vgl. DÜWELL 1998, 34-38).

³⁹⁴ Vgl. CHILDRESS 1991, 97ff.; TONG 1997, 125-129.

³⁹⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 193; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 116f.

werden.³⁹⁶ In dieser Argumentation wird deutlich, dass es BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem Ansatz weniger um normative Begründungen als um an der Praxis orientierte, konsensfähige Lösungsansätze geht. Die Ausführungen von CHILDRESS zum moralischen Status von Feten deuten darauf hin, dass BEAUCHAMP und CHILDRESS in der Frage des moralischen Status eines Embryos aus pragmatischen Gründen eine mittlere Position einnehmen (auch wenn zwischen dem moralischen Status eines Feten und eines Embryos in einem graduell abgestuften Konzept von Schutzrechten natürlich unterschieden werden könnte). Dies käme jedenfalls dem Anspruch ihrer ethischen Theorie entgegen, einen möglichst breite Zustimmung und einen gesellschaftlichen Konsens zu erreichen. In einer Studie von RICHTER et al., in der Bevölkerung und verschiedenen Expertengruppen (Pädiatern, Gynäkologen, Humangenetikern, Hebammen und Ethikern) in Deutschland zum Beginn des menschlichen Lebens und Status des präimplantativen Embryos befragt wurden, überwog die Einschätzung des frühen Embryos als Zellhaufen mit speziellem Schutz und als potentiell menschliches Wesen. Sowohl die Einschätzung des frühen Embryos als Zellhaufen ohne speziellen Schutz als auch als Person mit vollem Würdestatus fanden nur eine geringe Zustimmung.³⁹⁷ Als aktueller gesellschaftlicher Konsens in der Frage des Status des frühen Embryos ließe sich anhand der empirischen Ergebnisse in Deutschland also eine mittlere Position vermuten: die Differenzierung des moralischen Status zwischen frühen Embryonen und geborenen Menschen bei gleichzeitiger Zuschreibung von Schutzrechten gegenüber frühen Embryonen. Über Umfang und Art der Schutzrechte lassen sich anhand der Studie keine eindeutigen Aussagen treffen. Der politische Konsens in Deutschland, der im Embryonenschutzgesetz seinen Ausdruck gefunden hat, weist zudem eine andere Akzentuierung auf. Im ESchG wird der Status des Embryos zwar nicht definiert. Den Embryonen

³⁹⁶ Vgl. CHILDRESS 1991, 97-99.

³⁹⁷ Vgl. RICHTER et al. 2005, 81-86. Unter den Pädiatern, Humangenetikern, Hebammen und Ethikern fand die Einschätzung des frühen Embryos als potentiell menschliches Wesen die größte Zustimmung (Pädiater 44,6%, Humangenetiker 39,4%, Hebammen 36,7% und Ethiker 42,9%, bei den Gynäkologen stimmten der Einschätzung nur 25,9% zu, in der Gesamtbevölkerung 24,8%). Unter Gynäkologen und in der Gesamtbevölkerung fand die Einschätzung des frühen Embryos als Zellhaufen mit speziellem Schutz die größte Zustimmung (Gynäkologen 40,1% Gesamtbevölkerung 31,8%, unter Pädiatern stimmten der Aussage nur 26,5% zu, unter Humangenetikern 27,9%, Hebammen 25,5% und Ethikern 15,5%). Die dritthöchste Zustimmung erhielt in der Gesamtbevölkerung und unter Pädiatern, Hebammen und Ethikern die Einschätzung des frühen Embryos als menschliches Wesen mit Recht auf Leben (Gesamtbevölkerung 17,0%, Pädiater 10,8%, Hebammen 11,9% und Ethiker 11,9%, unter Gynäkologen stimmten nur 4,8% und unter Humangenetikern 3,8% der Aussage zu). Wenig Zustimmung erhielt die Einschätzung des Embryos als Zellhaufen ohne speziellen Schutz (Gesamtbevölkerung 9,6%, Pädiater 3,0%, Gynäkologen 7,5%, Humangenetiker 4,8%, Hebammen 2,4%, Ethiker 4,2%), aber auch als Person mit vollem Würdestatus (Gesamtbevölkerung 4,4%, Pädiater 4,2%, Gynäkologen 1,4%, Humangenetiker 1,0%, Hebammen 8,8%, Ethiker 8,3%).

werden jedoch sehr weitgehende Schutzrechte zugesprochen. Embryonen dürfen nur zu Zwecken verwendet werden, die zu ihrer Erhaltung dienen. Als Embryo im Sinne des Embryonenschutzgesetzes gilt bereits die „befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an“.³⁹⁸ Somit fallen auch frühe Embryonen unter den Geltungsbereich des Embryonenschutzgesetzes. Für BEAUCHAMP und CHILDRESS selbst erscheint auf der Suche nach einer pragmatischen Lösung eine explizite Festlegung des Status des frühen Embryos nicht nötig. Unabhängig davon, welcher moralische Status den frühen Embryonen zugesprochen wird, erhalten sie aus Gründen des Respekts vor dem allgemeinen moralischen Empfinden Schutzrechte, die ihnen jedenfalls *prima facie* ein Recht auf Nichtschädigung einräumen. Der Umfang solcher Schutzrechte ist mit Hilfe der Spezifizierung von BEAUCHAMP und CHILDRESS schwer festzulegen. Hier zeigt sich meiner Meinung nach eine deutliche Schwäche ihrer ethischen Theoriebildung. Die mangelnde Positionierung von BEAUCHAMP und CHILDRESS in anthropologischen Grundannahmen führt zu einer Schwäche in der ethischen Rechtfertigungskraft ihres Ansatzes. Ihre ethische Theoriebildung stellt keine immanenten ethischen Kriterien zur Definition des Status des Embryos und damit verbundener moralischer Verpflichtungen und Rechte bereit. Stattdessen verweisen sie auf gesellschaftliche und politische Konsensbildung. Gesellschaftlicher Konsens ist angesichts von kontroverser öffentlicher Diskussion, unterschiedlichen Einschätzungen zwischen Expertengruppen und wechselnden politischen Kompromissbildungen nicht einfach zu ermitteln und kann sich mit wechselnden Koalitionen zwischen Gruppen ändern. Eine kohärente Begründung des moralischen Status des Embryos und verbundenen moralischen Verpflichtungen und Rechten ist so schwer zu erreichen. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Schutzrechte früher Embryonen *prima facie* den Schutz vor Vernichtung und Nutzung durch Fremdinteressen mit einschließen. Das in Kauf genommene Absterben von frühen Embryonen im Rahmen der PGD wäre damit *prima facie* als Schädigung derselben anzusehen und stünde der Legalisierung der PGD entgegen. Eine Abwägung der Verletzung des Prinzips des Nichtschadens gegen andere Prinzipien wie dem Respekt vor dem autonomen Wunsch der Paare nach Durchführung einer PGD ist gemäß der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS jedoch möglich und soll unter 3.2.2 erfolgen.

³⁹⁸ Vgl. ESCHG 1990, §2 und §8.

BEAUCHAMP und CHILDRESS erörtern in ihrer Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens ethische Konfliktfälle, in denen bei medizinischen Maßnahmen unter Verweis auf geringe Lebensqualität der Tod der betroffenen Patientinnen und Patienten in Kauf oder sogar verursacht werden darf (siehe 2.1.4).³⁹⁹ Sie diskutieren die Frage, unter welchen Bedingungen bei schwerbehinderten Neugeborenen und ungeborenen behinderten Feten der Verzicht auf medizinische Maßnahmen und Therapien aufgrund der geringen zu erwartenden Lebensqualität kein Verstoß gegen das Prinzip des Nichtschadens darstellt, auch wenn dadurch der Tod der Neugeborenen oder Feten in Kauf genommen wird.⁴⁰⁰ Hinsichtlich der PGD könnte analog der Verzicht auf die Implantation von Embryonen mit bestimmten genetischen Erkrankungen mit Verweis auf die geringe zu erwartende Lebensqualität diskutiert werden. Die Beurteilung der Lebensqualität oder zukünftigen Lebensqualität schwerbehinderter Neugeborener oder ungeborener behinderter Feten gestaltet sich allerdings schwierig. Da Feten und Neugeborene und natürlich auch Embryonen keine eigenen Einschätzungen und Präferenzen äußern können, müssen andere Personen ihre aktuelle oder potentielle Lebensqualität einschätzen und Entscheidungen für sie treffen. Als Kriterien für eine solche Entscheidung verweisen BEAUCHAMP und CHILDRESS auf den *best interest standard*, auf Entscheidungen, die sich am besten Interesse und der Lebensqualität der Neugeborenen, Feten oder Embryonen orientieren. Entscheidungen über den Verzicht medizinischer Maßnahmen sollten sich weder an den Interessen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte noch an den Interessen der Betreuenden bzw. zukünftig Betreuenden, also der Eltern, ausrichten.⁴⁰¹ Die Sorge der Eltern um die Belastungen für ihre Lebenssituation bzw. die der Gesamtfamilie würde somit als ethische Rechtfertigung für die Durchführung einer PGD nicht ausreichen. Die Entscheidung müsste sich an der geringen zu erwartenden Lebensqualität für betroffene Kinder orientieren. BEAUCHAMP und CHILDRESS benennen folgende Kriterien für einen Verzicht auf medizinische Maßnahmen und das in Kauf genommene Sterben von behinderten Neugeborenen: 1. Die Behinderung geht mit der Unfähigkeit einher, das Säuglingsalter zu überleben, 2. Ein Leben ohne schwere Schmerzen ist unmöglich, 3. Eine zumindest minimale Teilhabe an menschlichem

³⁹⁹ Beispielweise halten sie aktive Sterbehilfe in Fällen von unheilbar erkrankten und schwer leidenden Patientinnen und Patienten unter strengdefinierten Bedingungen nicht nur für moralisch erlaubt, sondern auch für moralisch geboten (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 237-241).

⁴⁰⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 217-219; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 138f.

⁴⁰¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 217-219; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 138f.

Leben und Erleben ist nicht möglich.⁴⁰² Als Beispiele für Erkrankungen, bei denen sie diese Bedingungen erfüllt sehen, geben sie die Tay-Sachs-Erkrankung (Fettspeicherkrankheit, geistige und motorische Retardierung, mittlere Lebenserwartung 2-3 Jahre)⁴⁰³, das Lesch-Nyhan-Syndrom (Enzymmangel, geistige Entwicklung retardiert) und schwere Neuralrohrdefekte an. Das Down-Syndrom schließen sie explizit aus dieser Aufzählung aus. Entgegen BEAUCHAMP und CHILDRESS halte ich eine Rechtfertigung medizinischer Maßnahmen, die das Absterben ungeborener behinderter Feten oder Embryonen in Kauf nehmen, unter Berufung auf die geringe zu erwartende Lebensqualität für äußerst problematisch. Zum einen kann die phänomenologische Ausprägung einer Erkrankung auch bei gleicher genetischer Disposition sehr unterschiedlich sein. Zum anderen ist Lebensqualität nicht nur von physischen Befindlichkeiten sondern auch von sozialer Unterstützung und Zuwendung sowie von individuellen Verarbeitungsstrukturen von Erkrankungen abhängig. Eine Festlegung von genetischen Erkrankungen, die dem von BEAUCHAMP und CHILDRESS vorgeschlagenen Kriterienkatalog in jedem Fall entsprechen, halte ich deshalb für kaum möglich. Zudem treffen die Kriterien von BEAUCHAMP und CHILDRESS auf viele Erkrankungen, die als Indikationen im Zusammenhang mit der PGD diskutiert werden, nicht zu. So besteht bei der Cystischen Fibrose (Fehlfunktion der exokrinen Drüsen, die mit Verdauungsstörungen und häufigen Infekten der Atemwege einhergeht) eine variable Ausprägung und eine mittlere Lebenserwartung von 33 Jahren. Die gemessene Lebensqualität von Heranwachsenden mit Cystischer Fibrose war in einer Untersuchung von SZYNDLER et al. gut und in vielen Bereichen mit der Lebensqualität der Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung vergleichbar.⁴⁰⁴ Bei der Chorea Huntington handelt es sich um eine Erkrankung, die erst zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr ausbricht. Dann allerdings geht die Chorea Huntington mit unwillkürlichen Bewegungen und zunehmender Demenz einher und führt zu einer deutlichen Minderung der Lebensqualität der Betroffenen und pflegender Familienangehöriger.⁴⁰⁵ Beim M. Gaucher handelt es sich um eine Speicherkrankheit mit variabler Ausprägung, die mit Hepatosplenomegalie, Thrombozytämie, Anämie,

⁴⁰² Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 217f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 138f.

⁴⁰³ Vgl. GIBBONS et al. 1995, 732-738 ; FERNANDES et al. 2000, 406f.

⁴⁰⁴ Vgl. SZYNDLER et al. 2005, 135-144. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass in einer Untersuchung von HENNEMAN et al. zwar 57% der Eltern von Kindern mit cystischer Fibrose bei einer erneuten Schwangerschaft den Abbruch im Falle eines betroffenen Kindes in Erwägung ziehen würden, aber nur 30% der befragten Erwachsenen mit cystischer Fibrose den Schwangerschaftsabbruch eines Kindes mit cystischer Fibrose in Erwägung ziehen würden (vgl. HENNEMAN et al 2001, 5). Offensichtlich differieren die Einschätzungen von Eltern betroffener deutlich von den Einschätzungen direkt betroffener.

Wachstumsretardierung und Skelettfehlbildungen und Lungenerkrankungen einhergehen kann. Der Verlauf der Erkrankung kann jedoch durch Enzymsubstitution verbessert werden.⁴⁰⁶ Die Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung ist eine degenerative Nervenerkrankung variabler Ausprägung, die zu Muskelatrophien und Sensibilitätsstörungen in den Extremitäten führt. In einer Befragung von Betroffenen konnten VINCI et al. in Abhängigkeit von Berufstätigkeit, Alter und Geschlecht variable Einschränkungen der Lebensqualität feststellen.⁴⁰⁷ Insgesamt erfüllen nur wenige Erkrankungen, für die aktuell die PGD angewendet wird, die Kriterien von BEAUCHAMP und CHILDRESS des Todes im Säuglingsalter, des Lebens mit konstanten Schmerzen und der Unmöglichkeit der Teilhabe am menschlichen Leben.⁴⁰⁸ Unter praxisbezogenen Gesichtspunkten wäre zu fragen, wie bei Legalisierung der PGD deren Durchführung auf so wenige Fälle beschränkt werden sollte.

3.2.1.3 Das Prinzip des Wohltuns

BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizieren das Prinzip des Wohltuns als moralische Verpflichtung, das Wohl und die wichtigen und berechtigten Interessen anderer Menschen zu fördern. Der Geltungsbereich des Prinzips des Wohltuns umfasst für BEAUCHAMP und CHILDRESS nur die Entscheidungen und Handlungen, die als moralisch verpflichtend angesehen werden müssen.⁴⁰⁹ Nicht alle Handlungen und Zuwendungen, die das Wohl Anderer fördern, sind für sie verpflichtend. Moralisch verpflichtende und moralisch nicht verpflichtende Handlungen und Zuwendungen müssen unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit differenziert werden: Nutzen, Kosten und Risiken müssen gegeneinander abgewogen werden (siehe 2.1.5). Hierzu können formale Methoden wie die Kosten-Effektivitäts-Analyse (*cost-effectiveness analysis*: CEA), die Kosten-Nutzen-Analyse (*cost-benefit analysis*: CBA) und die Risiko-Nutzen-Analyse (*risk-benefit analysis*: RBA) herangezogen werden.⁴¹⁰ Diese sollten nach BEAUCHAMP und CHILDRESS hinsichtlich der Bereitstellung von Therapien zwar nicht die alleinige Grundlage für ethische Überlegungen bilden. Sie können jedoch eine Hilfestellung zur Unterscheidung zwischen moralisch verpflichtenden und nicht verpflichtenden

⁴⁰⁵ Vgl. AUBEELUCK 2005, 452-454; HADDAD et al. 1997, 791-807.

⁴⁰⁶ Vgl. PASTORES et al. 2004, 4-14; KINGMA 1996, 79-82.

⁴⁰⁷ Vgl. KELLER/CHANCE 1999, 353-362; VINCI et al. 2005, 922-924; SHY/ROSE 2005, 790f.

⁴⁰⁸ Vgl. DÜWELL 1999, S12.

⁴⁰⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 259f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 166.

Therapien geben.⁴¹¹ Hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik ist dementsprechend zu fragen, ob ihre Legalisierung unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit als moralisch verpflichtend anzusehen ist. Da individuelle Interessen von frühen Embryonen hypothetisch und schwer zu bestimmen sind, soll die Nützlichkeit der PGD im Wesentlichen im Hinblick auf die betroffenen Paare erörtert werden.

Nutzen ist nach BEAUCHAMP und CHILDRESS entweder im Sinne einer Lebensverlängerung oder einer Verbesserung der Lebensqualität zu beschreiben, kann aber auch als Kostenersparnis verstanden werden.⁴¹² Nutzen im Sinne einer Lebensverlängerung kann für die Paare mit Kinderwunsch nicht geltend gemacht werden. Für die Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung, die für sich weder das Leben mit einem bzw. einem weiteren behinderten Kind, noch einen Verzicht auf leibliche Kinder, eine Adoption oder eine Schwangerschaft mit Pränataldiagnostik und der Option auf einen Schwangerschaftsabbruch als zumutbar empfinden, kann die Geburt eines leiblichen, gesunden Kindes nach PGD als Verbesserung der Lebensqualität gedeutet werden.⁴¹³ Aufgrund der geringen Erfolgswahrscheinlichkeit der PGD (klinische Schwangerschaftsrate von 18% pro Behandlungszyklus mit Eizellgewinnung⁴¹⁴) wird sich der Nutzen der PGD jedoch auch nach mehreren Behandlungszyklen für die Mehrheit der betroffenen Paare nicht erfüllen.⁴¹⁵ Das Kriterium des Nutzens im Sinne einer finanziellen Kostenersparnis ist für die PGD schwierig zu bestimmen, da sich die Frage stellt, welche Handlungsoption denn als Vergleichspunkt gewählt werden soll. Wenn davon ausgegangen wird, dass durch die PGD die Geburt behinderter Kinder verhindert werden kann, so wäre von einer Kostenersparnis für die Krankenkassen und für die Eltern auszugehen. Wenn jedoch davon auszugehen ist, dass die Alternative für die

⁴¹⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 291ff.

⁴¹¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 314.

⁴¹² Bei der CBA (*cost-benefit analysis*) werden Kosten und Nutzen in finanzieller Hinsicht gegeneinander abgewogen, bei der CEA (*cost-effectiveness analysis*) wird der Nutzen zumeist in nicht finanzieller Hinsicht bestimmt, beispielsweise als gewonnen Lebensjahre oder QALYs (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 293).

⁴¹³ Diese Verbesserung der Lebensqualität zu messen, ist sicherlich schwer möglich. Auch das von BEAUCHAMP und CHILDRESS vorgestellte Konzept der *Quality-Adjusted Life-Years* (QALYs) ist nur sehr eingeschränkt anwendbar, da es sich hauptsächlich auf Parameter wie physische Mobilität, Schmerzfreiheit, Alltagsbewältigung und Möglichkeit sozialer Interaktionen bezieht (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 308-313; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 206-212). Lediglich hinsichtlich Alltagsbewältigung und sozialer Interaktion könnte argumentiert werden, diese sei mit einem nichtbehinderten Kind leichter als mit einem behinderten.

⁴¹⁴ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 21f.

⁴¹⁵ Vgl. VANDERVORST et al. 2000, 364.369. In der Studie von VANDERVORST et al. kam es auch nach bis zu 7 Behandlungszyklen nur bei 31,5% der Paare zur Geburt eines Kindes.

infrage kommenden Paare entweder Verzicht auf eigene bzw. weitere eigene Kinder oder das Eingehen einer „Schwangerschaft auf Probe“ mit Durchführung einer PND und der Option auf einen Schwangerschaftsabbruch ist, so stellt die PGD keine unmittelbare Kostenersparnis dar. Die Ergebnisse der Studie von RICHTER et al. zu genetischem Risiko und Kinderwunsch deuten darauf hin, dass die meisten Paare, die die PGD als wahrscheinlichste Möglichkeit des Umgangs mit dem Kinderwunsch nennen, sich als zweitwahrscheinlichste Option für eine Schwangerschaft mit PND und möglichem Abbruch entscheiden würden, und dieses als Vergleichspunkt angesehen werden muss.⁴¹⁶ Als Nutzen der PGD ist also hauptsächlich die Verbesserung der Lebensqualität der Paare zu konstatieren, die mit Hilfe der PGD ihren Kinderwunsch realisieren und ein Kind bekommen können, bei dem bestimmte genetisch bedingte Erkrankungen und Behinderungen ausgeschlossen wurden.

Unter Kosten verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS zum einen die Ressourcen, die für das Erzielen eines bestimmten Nutzens aufgewendet werden müssen, Zum anderen die negativen Effekte, die mit der Erzielung des Nutzens einhergehen (siehe 2.1.5). Für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik wird eine ganze Reihe von Ressourcen benötigt. Sie ist bislang nur in wenigen Zentren weltweit möglich, da die Anforderungen an die technische Ausrüstung, speziell ausgebildetes Personal und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Abteilungen extrem hoch sind.⁴¹⁷ Eine PGD erfordert die Zusammenarbeit zwischen einer humangenetischen, einer reproduktionsmedizinischen Abteilung und einem molekulargenetischen Labor. In der humangenetischen Beratung sollten die betroffenen Paare Informationen über ihr Risiko, eine genetische Erkrankung zu vererben, Symptome und Verlauf erwarteter genetisch bedingter Erkrankungen und deren diagnostischen Möglichkeiten erhalten. Die reproduktionsmedizinische Abteilung über Methoden, Risiken und Erfolgswahrscheinlichkeiten der IVF oder ICSI aufklären. Im molekulargenetischen Labor werden Embryobiopsie und genetische Diagnostik durchgeführt. Präklinische Entwicklung und Überprüfung der FISH und PCR Diagnostik für ein spezifisches Paar dauert zwischen 6 und 12 Monaten. Bei Vorliegen von balancierten Chromosomentranslokationen müssen individuelle DNA-Sonden angefertigt werden. Sofern bereits erprobte DNA-Sonden für die infrage kommende genetisch bedingte Erkrankung vorhanden

⁴¹⁶ RICHTER et al. 2003, 163.

⁴¹⁷ In Europa sind der ESHRE nur 51 Zentren angeschlossen, in denen eine PGD durchgeführt (vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 20).

sind, müssen diese trotzdem anhand von Blutproben der Partner auf ihre Anwendbarkeit in diesem spezifischen Fall hin überprüft werden.⁴¹⁸ Der große zeitliche, technische und personelle Aufwand macht die PGD zu einem sehr kostenintensiven Verfahren. Allein die Einrichtung eines Zentrums für Präimplantationsdiagnostik erfordert erhebliche Investitionskosten. Eine Studie aus Großbritannien beziffert die Investitionskosten dort für die Biopsiegeräte, sterile Arbeitsplätze, PCR-Analysegeräte und Fluoreszenzmikroskope für die Durchführung der FISH auf insgesamt etwa 137.000 Pfund (etwa 214.000 Euro). Die jährlichen Kosten für speziell ausgebildetes Personal werden mit 55.000 Pfund (etwa 86.000 Euro) veranschlagt.⁴¹⁹ Die Kosten zur Durchführung eines Präimplantationszyklus werden in Deutschland auf etwa 7400 bis 8700 Euro geschätzt.⁴²⁰ Da die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines Kindes pro Zyklus mit Eizellgewinnung insgesamt aber nur 18% beträgt (siehe 3.1.1), sind für die meisten Paare mehrere Zyklen nötig. Im Rahmen des Gesundheitswesens erfordert die Durchführung einer PGD die Aufwendung erheblicher finanzieller Ressourcen, sofern die Kosten für die PGD von den Krankenkassen getragen werden. Wird die Anwendung der PGD auf monogene Erbkrankheiten begrenzt, so gehen Schätzungen von der Durchführung in 50 bis 600 Fällen pro Jahr in Deutschland aus.⁴²¹ Wenn es im Zuge der Legalisierung der PGD jedoch zu einer Ausweitung der Indikationen kommt, so ist eine deutliche höhere Anzahl an Anwendungen der PGD in Deutschland möglich.

Die Ausweitung der Indikationen für die PGD ist eine der gewichtigsten negativen Effekte, die als Folge der Legalisierung der PGD befürchtet werden. Insbesondere die Anwendung der PGD als Aneuploidiescreening im Rahmen der regulären IVF und ICSI würde zu einer deutlichen zahlenmäßigen Ausweitung der PGD führen. Im europäischen Ausland stellt das Aneuploidiescreening bei IVF und ICSI (*preimplantation genetic screening* = PGS) bereits die häufigste Indikation für eine PGD dar.⁴²² Wird die

⁴¹⁸ Vgl. VANDERVORST et al. 2000, 365f.

⁴¹⁹ Vgl. LAVERY et al. 1999, 1206f. LISSENS und SERMON veranschlagen die Investitionskosten bei der Durchführung einer Fluoreszenz-PCR sogar noch höher. Statt 50.000 Pfund veranschlagen sie 80.000 Pfund für die Anschaffung eines DANN-Sequenzierers zur Auswertung der fPCR (vgl. LISSENS/SERMON 1997, 1758).

⁴²⁰ Vgl. KOLLEK 2000, 178-181. Die veranschlagten Kosten pro Präimplantationszyklus können natürlich sehr stark variieren je nachdem ob eine IVF oder ICSI durchgeführt wird und welche molekulardiagnostischen Methoden angewandt werden.

⁴²¹ K. DIEDRICH schätzt die Zahl der Anwendungen der PGD bei einer Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit zur künstlichen Befruchtung beim Menschen am 20. Oktober 1997 auf jährlich 50-100. REGINE KOLLEK geht von jährlich 100 bis 600 Anwendungen für monogene Erbkrankheiten in Deutschland aus (vgl. KOLLEK 2000, 81).

⁴²² Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 22.

PGD im Rahmen der IVF und ICSI erst einmal etabliert, so wird eine Ausweitung der PGD analog zu den Entwicklungen der Pränataldiagnostik befürchtet. Die große Zunahme der Zahl durchgeführter Pränataldiagnostiken pro Jahr seit ihrer Einführung ist sicherlich unbestritten. So wurden in Westdeutschland 1990 von den gesetzlichen Krankenkassen 28.098 Amniozentesen erstattet, 1998 waren es 58.111 Amniozentesen.⁴²³ Von ihrer ursprünglichen Einführung für Indikationsstellungen (das bekannte erhöhte Vererbungsrisiko für eine genetisch bedingte Erkrankung), die heute für die Einführung der PGD diskutiert werden, hat sich das Spektrum der Indikationen erweitert hin zu einer routinemäßigen Untersuchung bei älteren Schwangeren bzw. bei einer empfundenen Verunsicherung der Schwangeren. In einer Studie von RICHTER et al. hat sich gezeigt, dass unter den Paaren ohne spezifische genetische Belastung, die bisherige Inanspruchnahme von PND unabhängig war von sog. medizinischen Indikationen wie beispielsweise mütterliches Alter > 35 Jahren. Sie war vielmehr abhängig von dem subjektiv empfundenen Risiko, ein behindertes Kind zu bekommen, der antizipierten Belastung durch ein behindertes Kind und der generellen Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung.⁴²⁴ Die Anstrengungen der für die Durchführung der PGD notwendigen IVF bzw. ICSI wird sicherlich eine Ausweitung der PGD in gleichem Maße wie die PND verhindern. In der Studie von RICHTER et al. gaben jedoch drei Befragte ohne bekanntes genetisches Risiko die PGD als wahrscheinlichste Möglichkeit des Umgangs mit einem Kinderwunsch an, 13 Befragte aus dieser Gruppe (7%) wählten sie als zweitwahrscheinlichste Möglichkeit.⁴²⁵ „Dass die PGD „für einen nicht unwesentlichen Teil der Kontrollgruppe mit Kinderwunsch attraktiv erscheint, so dass sogar drei Befragte die PID als Erstpräferenz angeben, zeigt, dass die Technik, wenn man sie nicht sehr strikt kontrolliert, durchaus Ausweitungstendenzen auf die Normalbevölkerung birgt – und zwar auf diejenigen, welche die größte Angst vor der Geburt eines behinderten Kindes haben, und die eine sehr hohe Belastung antizipieren.“⁴²⁶ Aktuell ist eine PGD lediglich für die Diagnostik einer begrenzten Anzahl monogen bedingter Erkrankungen möglich. Mit der Erweiterung und Verfeinerung diagnostischer Möglichkeiten könnte die Diagnostik weiterer prädisponierender genetischer Faktoren sowie die zeitgleiche Diagnostik einer größeren Anzahl genetischer Veranlagungen

⁴²³ Vgl. FEUERSTEIN /KOLLEK/UHLEMANN 2002, 47-52.

⁴²⁴ Vgl. RICHTER et al. 2003, 63f., 189-191.

⁴²⁵ Vgl. RICHTER et al. 2003, 87.

⁴²⁶ RICHTER et al. 2003, 202.

möglich werden und neue Nutzungswünsche hinsichtlich der PGD generieren. So hielten in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage 19,3% der Befragten die PGD zur Diagnostik von Übergewicht für zulässig, 21,4% zur Diagnostik geminderter Intelligenz und 11,8% zur Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug.⁴²⁷ Letztendlich wird die Beurteilung befürchteter Ausweitungstendenzen der PGD zum Einem davon abhängen, welche Berechtigung solchen Indikationen wie Aneuploidiescreening bei IVF und ICSI und Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug zugesprochen wird, Zum anderen wie die Möglichkeiten eingeschätzt werden, solche Ausweitungstendenzen einzudämmen.

Als weiteren negativen Effekt der Legalisierung der PGD befürchten vor allen Dingen Vertreterinnen und Vertreter von Behindertenverbänden eine sinkende Akzeptanz behinderter Menschen. Bereits durch die Einführung der Pränataldiagnostik sei eine gesellschaftliche Tendenz eingeleitet worden, die Geburt eines behinderten Kindes als vermeidbares Übel zu betrachten. Diese Tendenz werde durch die Legalisierung der PGD noch verstärkt.⁴²⁸ Definitive Aussagen über eine Änderung der Einstellung gegenüber behinderten Menschen in der Gesamtbevölkerung sind natürlich schwer zu treffen, da keine vergleichenden Untersuchungen über Veränderungen in der Einstellung gegenüber behinderten Menschen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten existieren. Sowohl bei der Sorge um Ausweitungstendenzen der PGD als auch um die sinkende Akzeptanz behinderter Menschen handelt es sich um antizipierte negative Effekte der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik. In der fallbezogenen ethischen Analyse von BEAUCHAMP und CHILDRESS sind diese Erwägungen in letzter Konsequenz von untergeordneter Bedeutung, weil sie sich nicht an konkreten Fällen orientieren. Sie können dennoch in den abschließenden Abwägungsprozess miteinbezogen werden.

Unter Risiko verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung aufgrund einer Untersuchung oder Behandlung. Als Risiken der Präimplantationsdiagnostik müssen im Wesentlichen die möglichen Komplikationen der IVF oder ICSI für die zu behandelnden Frauen, eine mögliche Schädigung der Embryonen durch Embryonenbiopsie und die Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose durch PGD erörtert werden. Wie unter 3.1.1 bereits ausgeführt zählen zu den möglichen Komplikationen und Risiken der IVF und ICSI das ovarielle Hyperstimulations-

⁴²⁷ Vgl. RICHTER et al. 2005, 103.

⁴²⁸ So die Stellungnahmen von Karl Finke, Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen, und Dr. Hildburg Wegener, Mitarbeiterin im Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, bei der Anhörung „Präimplantationsdiagnostik“ der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags am 13.11.2000.

syndrom, die Risiken bei der Follikelpunktion und die erhöhte Rate an Mehrlingsschwangerschaften mit dem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburtlichkeit, perinataler Morbidität und Mortalität und die höhere Belastung in der postnatalen Versorgung von Mehrlingen. Ferner sind die psychischen Belastungen der IVF oder ICSI-Behandlung für die betroffenen Paare zu erwähnen. Eine nachhaltige Schädigung der Embryonen aufgrund der Embryonenbiopsie konnte bislang nicht nachgewiesen werden. TARIN et al. beobachteten, dass die Entnahme von bis zu einem Viertel der Zellen des frühen Embryos keinen signifikanten nachteiligen Effekt hat auf die Überlebensfähigkeit der Embryonen und auf den prozentualen Anteil der Embryonen, die sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe bis zum Blastozysten-Stadium entwickelten. Sofern sich die biopsierten Embryonen weiterentwickeln, ist zwar eine anfängliche Verzögerung, nicht jedoch eine lang anhaltende Beeinträchtigung ihrer Entwicklung beobachtet worden.⁴²⁹ Die Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose durch PGD beträgt 4%.⁴³⁰ Aufgrund des Risikos der Fehldiagnose der PGD wird im Falle einer eingetretenen Schwangerschaft die Durchführung einer Pränataldiagnostik (PND) zur Absicherung der Diagnose empfohlen.⁴³¹ Als Risiken der PND sind bei der Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) Abort, vorzeitiger Blasensprung und Infektion zu nennen. Die Abortrate nach Amniozentese beträgt je nach Studie zwischen 0,5 und 1%.⁴³² Bei der Chorionzottenbiopsie (Untersuchung einer Gewebeprobe des Mutterkuchens) liegt die Abortrate je nach Studie zwischen 4 und 5%.⁴³³ Insgesamt sind als Risiken der PGD vor allen Dingen die Nebenwirkung der IVF oder ICSI für die Frauen und aufgrund der erhöhten Rate an Mehrlingsschwangerschaften für die Kinder und das Risiko der Fehldiagnose und der Erfolglosigkeit der PGD zu erwägen.

Um die Nützlichkeit der PGD zu bewerten, müssen nach BEAUCHAMP und CHILDRESS die ausgeführten Kosten, Nutzen und Risiken gegeneinander abgewogen werden (siehe 2.1.5). Der Hauptnutzen der PGD ist die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Paare, die mit Hilfe der PGD ein Kind bekommen, bei dem eine bestimmte genetisch bedingte Erkrankung oder Behinderung ausgeschlossen wurde. Demgegenüber stehen einerseits die finanziellen Kosten, die für die PGD aufgewendet

⁴²⁹ Vgl. TARIN et al. 1992, 970-976.

⁴³⁰ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 29.

⁴³¹ So jedenfalls die Empfehlung der Mehrzahl der Präimplantationszentren (vgl. LISSENS/SERMON 1997, 1759).

⁴³² Vgl. ALFIREVIC et al. 2003; WILSON 2000, 81; KOLIBIANAKIS et al. 2003, 374.

⁴³³ Vgl. KOLIBIANAKIS et al. 2003, 374, SUNDBERG et al. 1997, 697; ALFIREVIC et al. 2003.

werden müssen, andererseits die physischen und psychischen Belastungen der IVF oder ICSI sowie die geringe Erfolgswahrscheinlichkeit der PGD. Wenn nun im Sinne einer Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA)⁴³⁴ abgewogen und als Zielkriterium die Verbesserung der Lebensqualität der Paare durch die Geburt eines leiblichen, nichtbehinderten Kindes angenommen würde, so stünden den Kosten von rund 8000 Euro pro Zyklus (zuzüglich den Investitionskosten für die Einrichtung der Zentren) eine Schwangerschaftsrate von 18% pro Zyklus mit Eizellgewinnung gegenüber. Die *baby-take-home-rate* pro angefangenen Zyklus läge noch niedriger, kann aber nur geschätzt werden, da die Statistik des ESHRE PGD CONSORTIUMS darüber keine Auskunft gibt. Bei einer Abwägung im Sinne der Risiko-Nutzen Analyse (RBA) stehen dem emotionalen Nutzen für die Paare mit Kinderwunsch und genetischem Risiko die zusätzlichen Risiken der IVF oder ICSI für die Frauen gegenüber (und aufgrund der erhöhten Rate an Mehrlingsschwangerschaften für die Kinder), die bei an sich fertilen Paare ohne PGD nicht eingegangen werden müssten. Die Wahrscheinlichkeit der einzelnen schwerwiegenden Komplikationen ist als eher gering einzustufen. Beispielweise beträgt sie beim schweren Überstimulationssyndrom etwa 1%. Insgesamt ist jedoch eine Mehrzahl von Komplikationen möglich. Letztendlich hängt die Bewertung der Nützlichkeit der Präimplantationsdiagnostik wesentlich von dem Stellenwert ab, dem die Erfüllung des Wunsches nach einem leiblichen, gesunden Kind beigemessen wird. In einer Untersuchung von RICHTER et al. zu diesbezüglichen Auffassungen unterschiedlicher Expertengruppen variierte die Einschätzung zwischen einem Abwehrrecht⁴³⁵ (häufigste genannte Einschätzung der Ethiker), einem legitimen Wunsch (häufigste genannte Einschätzung der Humangenetiker, Pädiater und Hebammen und einem positiven Anspruchsrecht⁴³⁶ (häufigste genannte Einschätzung der Gynäkologen).⁴³⁷ Die unterschiedlichen Einschätzungen können zu sehr unterschiedlichen Gewichtungen der Kosten, Nutzen und Risiken der PGD führen. Anhand der Methoden und Kriterien, die in der Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns von BEAUCHAMP und CHILDRESS aufgeführt werden, lässt sich die Bewertung des Wunsches nach einem leiblichen Kind und die Abwägung zwischen den Kosten, Risiken und Nutzen der PGD nicht quantifizieren oder objektivieren. Unter Berücksichtigung von Fallbeispielen wie kosmetische Brustchirurgie u. a., die

⁴³⁴ Die CBA (*cost-benefit analysis*) ist demnach kein besonders geeignetes Instrument zur Beurteilung der PGD, da der Hauptnutzen nicht finanziell gemessen werden kann.

⁴³⁵ Recht auf Schutz vor ungewollten äußeren Eingriffen in die eigene Fortpflanzung.

⁴³⁶ Subjektives Recht, das den Staat zu einer Leistung gegenüber einem Individuum verpflichtet.

⁴³⁷ Vgl. RICHTER et al. 2005, 123.

BEAUCHAMP und CHILDRESS in den „*Principles of Biomedical Ethics*“ diskutieren, ist davon auszugehen, dass beide den individuellen Präferenzen und Wünschen und dem subjektiv empfundenen Nutzen einen relativ hohen Stellenwert einräumen.⁴³⁸ Meines Erachtens ist die PGD unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit jedoch auch im Sinne der Spezifizierungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS aufgrund der mit ihr verbundenen Kosten und Risiken nicht zu den moralisch verpflichtenden Behandlungen zu zählen. Das bedeutet nicht, dass die PGD nicht legalisiert werden könnte, aber ihre Einführung kann nicht unter Bezug auf das Prinzip des Wohltuns allein gerechtfertigt werden. Vielmehr ist sie als eine Option innerhalb der gesellschaftlich zur Verfügung stellenden Leistungen zu betrachten und unterliegt Abwägungsprozessen gegen andere Prinzipien wie dem Prinzip des Nichtschadens und der Gerechtigkeit.

3.2.1.4 Das Prinzip der Gerechtigkeit

BEAUCHAMP und CHILDRESS spezifizieren das Prinzip der Gerechtigkeit unter den Gesichtspunkten der Fairness und der Verteilungsgerechtigkeit (siehe 2.1.6). Fairness verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS als formales Gerechtigkeitskriterium. Es beinhaltet für sie den Ausgleich von Nachteilen aufgrund von Eigenschaften, die nicht im Verantwortungsbereich eines Menschen liegen. Fairness definieren sie als die gleichwertige Behandlung von Menschen mit gleichem Status bzw. gleichen Eigenschaften.⁴³⁹ Ziel des Kriteriums der Fairness soll eine Chancengleichheit aller Mitglieder einer Gesellschaft hinsichtlich der Sicherung der Grundbedürfnisse und der Entwicklung und Nutzung ihrer Fähigkeiten sein.

Die Disposition zur Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung kann in Bezug auf die Paare als nachteilige Eigenschaft, die sich ihrem Verantwortungsbereich entzieht, gedeutet werden.⁴⁴⁰ Ein Anspruch auf Maßnahmen zur Behebung dieses Nachtei-

⁴³⁸ Therapiebegrenzungen sehen sie lediglich bei völliger Erfolglosigkeit von Therapien oder bei sehr kostenintensiven Therapien mit einer hohen finanziellen Belastung der Solidargemeinschaft indiziert, beispielweise Herztransplantationen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 301-305, 372-374).

⁴³⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 327-334; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 235-237).

⁴⁴⁰ Die Geburt eines behinderten Kindes kann für die Paare eine Benachteiligung darstellen, da sie mit einer höheren emotionalen Belastung einhergehen kann (z.B. wenn das Kind keine hohe Lebenserwartung hat), einen höheren zeitlichen oder finanziellen Aufwand zur Versorgung des Kindes und eventuelle Einschränkungen in ihrer Berufsausübung, ihrer Freizeitgestaltung oder ihren sozialen Beziehungen bedeuten kann. Einige dieser Nachteile, beispielweise in der Berufsausübung, könnten auch durch andere Maßnahmen als der Verhinderung der Geburt behinderter Kinder durch späten Schwangerschaftsabbruch oder PGD ausgeglichen werden, z.B. durch bessere Betreuungsmöglichkeiten für behinderte Kinder.

les unter Berufung auf das Kriterium der Chancengleichheit lässt sich daraus nur ableiten, wenn der Wunsch nach einem leiblichen, gesunden Kind als Grundbedürfnis gewertet wird. BEAUCHAMP und CHILDRESS geben in ihren „*Principles of Biomedical Ethics*“ keine Kriterien zur Definition von Grundbedürfnissen an. Wenn der Begriff des Grundbedürfnisses im Sinne der individuellen Überlebenssicherung oder Teilhabe am öffentlichen Leben verstanden wird, so ist der Wunsch nach einem leiblichen Kind nicht als solches zu werten. In der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“, die am 10.12.1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde und der inhaltlichen Konkretisierung von Grundrechten dienen sollte, werden als Anspruchsrechte beispielsweise das Recht auf Leben und Freiheit (Art. 3), der Anspruch auf Schutz gegen jede Diskriminierung (Art. 7), das Recht auf Meinungsfreiheit (Art. 19), das Recht auf Arbeit (Art. 23), das Recht auf einen Lebensstandard, der Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung, notwendige soziale Leistungen und Sicherheit im Falle des unverschuldeten Verlustes der eigenen Unterhaltsmittel miteinschließt (Art. 25), und das Recht auf Bildung (Art. 26) benannt. Die Familie sollte durch Staat und Gesellschaft geschützt werden (Art. 16). Ein Recht auf Fortpflanzung im Sinne eines Anspruchsrechtes ist in der Erklärung als explizites Recht nicht benannt. Im Sinne eines Abwehrrechtes kann es unter den Schutz vor willkürlichen Eingriffen in Privatleben und Familie (Art. 12) und dem Schutz vor Beschränkung von Heirat und Familiengründung aufgrund von Rasse, Staatsangehörigkeit oder Religion (Art. 16) gefasst werden. Die eigene Fortpflanzung wird nicht als positives Anspruchsrecht, d.h. als staatlich unbedingt zu förderndes Grundrecht, benannt.⁴⁴¹ In einer Studie von RICHTER et al. werteten die befragten Experten die Fortpflanzung am häufigsten als legitimen Wunsch, nicht als positives Anspruchsrecht.⁴⁴² Der Wunsch nach einem leiblichen Kind stellt sicherlich im Rahmen der Selbstverwirklichung und der Partnerschaft ein gewichtiges Bedürfnis dar. Insofern ließe sich seine Förderung auch im Sinne des in der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ niedergelegten Anspruchs auf freie Entwicklung seiner Persönlichkeit (Art. 22) oder dem in Grundgesetz niedergelegten Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 GG) rechtfertigen. In beiden Erklärungen wird das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit

Andere Nachteile wie beispielsweise die emotionalen Belastungen lassen sich aber nur schwer ausgleichen.

⁴⁴¹ Vgl. KOENIG 2005, 146-153.

⁴⁴² Vgl. RICHTER et al. 2005, 123.

jedoch dann eingeschränkt, wenn die Rechte und Freiheiten anderer verletzt werden.⁴⁴³ Die Erfüllung des Wunsches nach einem leiblichen Kind mittels PGD schließt die Selektion unter den Embryonen hinsichtlich mindestens einer genetischen Disposition ein. Unter dem Gesichtspunkt der Fairness stellt die Disposition der Embryonen für eine genetisch bedingte Erkrankung ebenfalls eine Eigenschaft dar, die nicht in den eigenen Verantwortungsbereich fällt. Gemäß der Spezifizierung von BEAUCHAMP und CHILDRESS wäre dafür Sorge zu tragen, dass keine Nachteile gegenüber Embryonen ohne eine solche genetische Disposition entstehen. Eine Selektion und Verwerfung von Embryonen aufgrund genetischer Veranlagungen widerspräche nach BEAUCHAMP und CHILDRESS also *prima facie* dem Grundsatz der Gleichbehandlung von Lebensformen mit gleichem Status und dem Verbot der Benachteiligung aufgrund von Eigenschaften, die nicht im eigenen Verantwortungsbereich liegen. Die Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit unter dem Gesichtspunkt der Fairness verweist auf den Konflikt zwischen dem gewichtigen Bedürfnis der Paare nach Fortpflanzung und dem Schutz der Embryonen vor Diskriminierung.⁴⁴⁴ Ein solcher Konflikt besteht auch dann, wenn davon ausgegangen wird, dass Embryonen zwar keinen vollen Personenstatus besitzen, ihnen aber grundlegende Schutzrechte zugesprochen werden (siehe 3.2.1.3).

In der bundesdeutschen Diskussion wird die Legalisierung der PGD häufig mit dem Verweis auf eine Gleichbehandlung mit denjenigen Paaren gefordert, die nach Pränataldiagnostik einen Fötus abtreiben, bei dem eine Behinderung oder chronische Erkrankung festgestellt wurde. Im Hinblick auf die Paare wird argumentiert, dass aufgrund der rechtlich zugelassenen Möglichkeit des Eingehens einer „Schwangerschaft auf Probe“ und des Schwangerschaftsabbruches nach PND⁴⁴⁵ im Analogieschluss auch die PGD legalisiert werden müsse.⁴⁴⁶ Eine Gleichbehandlung der beiden Optionen des Umgangs mit dem Kinderwunsch bei bekanntem erhöhtem genetischem Risiko wird gefordert. Um die Gültigkeit des Kriteriums der Fairness nach BEAUCHAMP und CHILDRESS in

⁴⁴³ Vgl. KOENIG 2005, 40f.151-153.

⁴⁴⁴ Der Schutz vor Diskriminierung aufgrund von Behinderung ist ebenfalls als grundlegendes Recht im Grundgesetz (Art. 3) und in der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ (Art. 7) festgelegt (vgl. KOENIG 2005, 41.148).

⁴⁴⁵ Zu fragen ist im Rahmen dieser Argumentation allerdings, ob das bewusste Eingehen einer „Schwangerschaft auf Probe“ mit anschließendem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Neuregelungen des § 218 StGB eine vom Gesetzgeber bewusst intendierte Option oder lediglich eine unter praktischen Gesichtspunkten schlecht auszuschließende Option ist.

⁴⁴⁶ So fordert beispielsweise RUDOLF NEIDERT die Legalisierung der PGD: „Zudem wäre es ein rechtlicher Widerspruch, denselben geschädigten Embryo in vitro nicht absterben, in vivo dagegen durchaus abtreiben lassen zu dürfen – ein zu Recht häufig vorgebrachtes Argument.“ (NEIDERT 2000, 54).

diesem Zusammenhang zu beanspruchen, müsste es sich also bei der PGD und der PND mit späten Schwangerschaftsabbruch um Personen mit gleichem Status und gleichen Eigenschaften handeln. Der moralische Status der Frauen bzw. Paare ist in beiden Fällen gleich, da es sich um grundsätzlich zu autonomer Entscheidungsfindung fähige Personen handelt. Die Vergleichbarkeit der gleichen Eigenschaften der Paare bei PGD und Schwangerschaftsabbruch nach PND wird unterschiedlich beurteilt, je nachdem welche kontextuellen Details in den Vordergrund gerückt werden. Wenn der Fokus auf den emotionalen Konflikt der Frauen bzw. Paare gerichtet wird, die sich zwar ein Kind wünschen, aber ein Kind mit einer spezifischen Behinderung nicht austragen wollen, so kann eine Analogie der beiden Situationen konstatiert werden.⁴⁴⁷ Wenn die ethische Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruches nach PND jedoch mit dem direkten Interessenkonflikt zwischen der Frau und dem Embryo bzw. Fötus und ihrer besonderen körperlichen Verbundenheit begründet wird, so kann durchaus ein Unterschied zwischen einer real bestehenden Schwangerschaft und einem Embryo in vitro ausgemacht werden. So hält KOLLEK die spezifische Konfliktsituation innerhalb einer real bestehenden Schwangerschaft, „in der die Lebensinteressen der Frau konkret und direkt betroffen sind“, ⁴⁴⁸ bei der PGD nicht in gleicher Weise für gegeben.⁴⁴⁹ Der Konflikt sei nicht bereits konkret auf der körperlichen Ebene vorhanden, sondern werde antizipiert. Auch DÜWELL spricht sich gegen die Gleichsetzung von PND und PGD aus, denn „im Falle der PND ist die moralische Konfliktsituation zum Zeitpunkt für eine Gendiagnostik *unausweichlich*, während sie im Falle der PID (Präimplantationsdiagnostik) erst hervor-

⁴⁴⁷ Vertreter eines solchen Analogieschlusses sind beispielsweise DE WERT und WOOPEN (vgl. DE WERT 1998, 327-357; WOOPEN 1999, 241). Die gefühlte Vergleichbarkeit des Schwangerschaftsabbruches nach PND und der PGD zeigte sich auch in einer von RICHTER et al. durchgeführten Studie zu den reproduktiven Präferenzen von Hochrisikofamilien. 17% der befragten Paare gaben die PGD als wahrscheinlichste Möglichkeit des zukünftigen Umgangs mit ihrem Kinderwunsch an. Diese Paare gaben als zweitwahrscheinlichste Präferenz überwiegend eine Schwangerschaft mit Durchführung einer PND an (vgl. RICHTER et al. 2003, 163-166).

⁴⁴⁸ KOLLEK 2000, 206.

⁴⁴⁹ Ähnlich argumentiert Düwell: „In der PND wird eine Diagnosetechnik angeboten, die zu einem Zeitpunkt durchgeführt wird, in dem die Schwangerschaft bereits besteht. Das bedeutet, die Schutzwürdigkeit des Embryo/Fetus konfliktiert mit dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren angesichts einer für sie möglicherweise gravierenden Belastung. Nur diese Konfliktlage verbunden mit der Annahme, dass die Rechte eines Individuums, das selbst einen vollen moralischen Status besitzt, moralisch stärker zu gewichten sind als die nur abgeleitete Schutzwürdigkeit des Embryos kann es hier begründen, dass es moralisch geboten ist, die Entscheidung der Frau zu belassen.“

In der PID hingegen besteht keine Schwangerschaft und somit auch nicht diese besondere Konfliktlage. Es müsste daher begründet werden, dass die Frau nicht nur ein Recht hat, sich gegen eine bestimmte Schwangerschaft zu entscheiden, sondern vielmehr positiv das Recht hat, ein Kind zu bekommen, das eine bestimmte Behinderung nicht hat.“ (vgl. DÜWELL 1999, S11).

gebracht wird“.⁴⁵⁰ Das Bundesverfassungsgericht rechtfertigt in seiner Auslegung des §218 den Schwangerschaftsabbruch in Ausnahmefällen aufgrund der einzigartigen Verbindung von Mutter und Kind, die die Frau existentiell betrifft. Die „staatliche Rechtsordnung (könne in diesen Ausnahmefällen) – ungeachtet etwa weitergehender moralischer oder religiös begründeter Pflichtauffassungen – nicht verlangen (...), die Frau müsse hier dem Lebensrecht des Ungeborenen unter allen Umständen den Vorrang geben“.⁴⁵¹ Der Schwangerschaftsabbruch wird grundsätzlich für die ganze Dauer der Schwangerschaft als Unrecht gewertet, der auch „unter Hinweis auf die Menschenwürde der Frau und ihre Fähigkeit zu verantwortlicher Entscheidung“⁴⁵² nicht eingefordert werden kann. Das Bundesverfassungsgericht hat zwar bislang in seinen Urteilen den Zeitpunkt der Entstehung menschlichen Lebens und damit der Gültigkeit der im Grundgesetz garantierten Rechte des Schutzes der Menschenwürde und des Lebens nicht exakt festgelegt. In der Auslegung des §218 wird jedoch davon ausgegangen, dass die „Erkenntnisse der medizinischen Anthropologie nahe legen, (dass) menschliches Leben bereits mit der Verschmelzung von Ei und Samenzelle entsteht“.⁴⁵³ In jedem Fall hängt die Beurteilung der Frage, ob das Kriterium der Fairness bei bestehender Möglichkeit einer PND und eines späten Schwangerschaftsabbruches die Legalisierung der PGD gebietet, entscheidend von der Gewichtung der kontextuellen Details ab: Wird der Fokus auf den emotionalen Konflikt der Frauen und Paare gelegt oder wird der Fokus auf die auch physische Verbundenheit der Frau und des Embryos im Rahmen einer Schwangerschaft gelegt. Mit ihrem eher individuell ausgerichteten ethischen Ansatz sind BEAUCHAMP und CHILDRESS vermutlich denjenigen zuzurechnen, die unter Betrachtung des eingeschränkten moralischen Status des Embryos und den Interessen der Frauen bzw. Paare eine Analogie zwischen der Möglichkeit einer „Schwangerschaft auf Probe“ und einem späten Schwangerschaftsabbruch und der PGD konstatieren würden und eine Legalisierung der PGD unter dem Gesichtspunkt der Fairness befürworten würden.

Neben dem Vergleich der PGD mit dem Schwangerschaftsabbruch nach PND sind noch andere Analogieschlüsse denkbar. Im Hinblick auf die Embryonen ist beispielsweise ein Vergleich mit dem Umgang mit Embryonen im Rahmen der regulären IVF

⁴⁵⁰ DÜWELL 1998, 43.

⁴⁵¹ BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1993, 256f.

⁴⁵² BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1993, 255.

⁴⁵³ BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 1993, 251.

möglich. In den Regelungen zur IVF (durch das ESchG) werden dem Embryo weit reichende Schutzrechte zugesprochen. So wird einem Lebensrecht der Embryonen weitestgehend Vorrang gegeben vor Interessen der Effizienzsteigerung und Selektion, indem eine Produktion „überzähliger“ Embryonen und deren Kryokonservierung verboten wird. In seltenen Fällen, beispielsweise bei gesundheitlichen Problemen der Frau, die eine Implantation der Embryonen im gleichen Zyklus unmöglich machen, können Ausnahmen gemacht werden.⁴⁵⁴ Die Zulassung solcher Ausnahmen in Notsituationen kann meiner Ansicht nach nicht mit der Situation bei der PGD verglichen werden, wo eine Selektion und Verwerfung von Embryonen als Regelfall im Verfahren vorgesehen ist. Hinsichtlich der Embryonen müsste im Vergleich mit dem Umgang mit Embryonen gemäß den aktuellen Regelungen der IVF unter dem Gesichtspunkt der Fairness ein Verbot der PGD gefordert werden.⁴⁵⁵

Insgesamt zeigt sich, dass die Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit nach BEAUCHAMP und CHILDRESS unter den Kriterium der Fairness zu widersprüchlichen Urteilen hinsichtlich einer Legalisierung der PGD führt, je nachdem welche kontextuellen Details in den Mittelpunkt gerückt werden. Letztendlich wird in der ethischen Analyse der PGD aus der Perspektive des Prinzips der Gerechtigkeit nach BEAUCHAMP und CHILDRESS der Konflikt der Interessen und Rechte der betroffenen Paare und Embryonen deutlich. Die Spezifizierungen tragen nicht wesentlich zur Klärung dieses Konfliktes bei.⁴⁵⁶

3.2.2 Abwägung der vier Prinzipien

Die Spezifizierung der vier grundlegenden Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS in Bezug auf die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland zeigt keine eindeutige Handlungsanweisung. Die Spezifizierung des Prinzips des

⁴⁵⁴ Vgl. ESchG 1990, §1.

⁴⁵⁵ Andernfalls müsste eine zu erwartende Behinderung des Embryos als moralisch relevantes Kriterium zu seiner Selektion und Vernichtung gewertet werden, eine Variante gegen die sich der Gesetzgeber bei der Neuregelung des § 218 ausgesprochen hat.

⁴⁵⁶ Der zweite Gesichtspunkt der Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit von BEAUCHAMP und CHILDRESS, die Verteilungsgerechtigkeit, ermöglicht lediglich Aussagen über eine Finanzierung der PGD, sofern deren Legalisierung beschlossen würde. Eine grundsätzliche ethische Beurteilung der PGD lässt sich aus diesen Erwägungen nicht ableiten.

Respekts vor Autonomie ergibt, dass dem Wunsch von Paaren nach einer Legalisierung der PGD in Deutschland *prima facie* entsprochen werden kann, sofern ein grundlegendes Verständnis der Paare hinsichtlich der Methoden, Risiken, Erfolgsaussichten und Alternativen der PGD sowie eine Freiheit von kontrollierenden Einflüssen vorausgesetzt werden kann. Die Regeln des *informed consent* sind einzuhalten und besondere Aufmerksamkeit wäre der Qualitätssicherung in der Aufklärung zu widmen, um eine wirklich autonome Entscheidung für eine PGD zu ermöglichen. Die Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens hat ergeben, dass die Selektion und das Verwerfen von Embryonen im Rahmen der PGD *prima facie* dem Prinzip des Nichtschadens widerspricht, weil dadurch die Schutzrechte des Embryos verletzt werden. Die Legalisierung der PGD wäre darum abzulehnen. Eine Legalisierung wäre höchstens für wenige Sonderfälle zu diskutieren, in denen die Lebenserwartung der Kinder sehr gering und die zu erwartenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sehr groß wären. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass eine solche Einschränkung rechtlich festzulegen und durchzuhalten wäre. Im Rahmen der Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns wurde deutlich, dass der emotionale Nutzen und damit die Verbesserung der Lebensqualität für die Paare groß ist, die mit Hilfe der PGD ein Kind bekommen können, bei dem eine bestimmte Behinderung oder chronische Erkrankung ausgeschlossen werden konnte. Die PGD erweist sich allerdings als ein sehr kostenintensives Verfahren, dessen Gesamterfolg auch bei mehrmaliger Anwendung nur 31,5% beträgt und das gesundheitliche Risiken für die betroffenen Frauen und Kinder birgt. Ausweitungstendenzen der Indikationsstellung und einer möglichen zunehmenden Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen müsste begegnet werden. Eine Legalisierung der PGD ist deshalb zwar möglich, die PGD kann aber nicht als moralisch verpflichtende Therapieform angesehen werden und fällt nicht unter die *prima facie* Gültigkeit des Prinzips des Wohltuns. Die Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit unter dem Kriterium der Fairness weist auf unterschiedliche Beurteilungen des Problems der Legalisierung der PGD hin, je nachdem ob die Perspektive der Paare oder die Perspektive der Embryonen betrachtet wird. Letztlich spiegelt sich in der Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit der Konflikt zwischen den Interessen der Paare und den Schutzrechten der Embryonen wieder. Da sich aus der Spezifizierung der vier Prinzipien keine klare Handlungsanweisung bezüglich der Legalisierung der PGD ergeben sondern konkurrierende Pflichten, müssen diese gegeneinander abgewogen werden. Unter den *prima facie* gültigen Normen

müssen diejenigen bestimmt werden, deren Aufhebung sich am besten rechtfertigen lässt (siehe 2.1.2).⁴⁵⁷

Unter Berücksichtigung der fallbezogenen und individuellen Perspektive von BEAUCHAMP und CHILDRESS sind in der Frage der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik zunächst vor allem die *prima facie* gültigen Prinzipien des Respekts von Autonomie, und damit des Wunsches der Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung nach der Durchführung einer PGD, und des Nichtschadens, und damit das Verbot der Selektion und Vernichtung von Embryonen, gegeneinander abzuwiegen. In ihrer auf Schutz und Stärkung individueller Bedürfnisse ausgerichteten ethischen Theorie stellt das Prinzip des Respekts vor Autonomie für BEAUCHAMP und CHILDRESS ein sehr gewichtiges Prinzip dar.⁴⁵⁸ Dem Wunsch der betroffenen Paare nach einem genetisch eigenen Kind ist im Sinne BEAUCHAMPS und CHILDRESS ein hoher Stellenwert beizumessen, weil er im Rahmen von persönlichen Lebenszielen und Lebenskonzepten ein sehr grundlegendes Bedürfnis darstellt (siehe 3.2.1.3). Zwar begründet der hohe Stellenwert des Kinderwunsches nicht zwangsläufig seine Verwirklichung mittels PGD. Angesichts des Einflusses, den die Geburt eines schwer behinderten oder chronisch kranken Kindes auf die Möglichkeiten individueller Lebensgestaltung hat,⁴⁵⁹ und angesichts der emotionalen und physischen Belastungen eines späten Schwangerschaftsabbruches nach PND erscheint der Wunsch nach Durchführung einer PGD in einzelnen Fällen verständlich.⁴⁶⁰ Die Motive für die Durchführung einer PGD liegen bei Paaren mit einem Vererbungsrisiko für eine genetische

⁴⁵⁷ BEAUCHAMP und CHILDRESS geben folgende Kriterien an, die die Aufhebung einer Norm rechtfertigen können: 1. Bessere Gründe sprechen für die Aufhebung dieser Norm. 2. Ein realistisches moralisches Ziel wird verfolgt. 3. Es gibt keine moralisch besseren Alternativen. 4. Befolgung der Norm ist am schlechtesten möglich. 5. Die negativen Effekte der Normübertretung werden minimiert. (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 34f.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 19f.).

⁴⁵⁸ So fällt in der Frage der aktiven Sterbehilfe bei schweren unheilbaren Erkrankungen ihre Abwägung zwischen dem Prinzip des Respekts vor dem autonomen Wunsch der Patientinnen und Patienten und dem Prinzip des Nichtschadens zugunsten des Prinzips des Respekts vor Autonomie aus; in der Frage der Zulässigkeit von Silikonimplantaten in der Schönheitschirurgie wird das Prinzip des Respekts vor Autonomie höher gewichtet als die aus der Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns hervorgehenden Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken für die Frauen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 237-241.301-305).

⁴⁵⁹ Neben den emotionalen Belastungen entstehen zumeist erhebliche Nachteile hinsichtlich Berufstätigkeit, Freizeitgestaltung und Gestaltung sozialer Beziehungen. Ein Ausgleich dieser Nachteile mag zwar gesellschaftspolitisch wünschenswert sein und muss auch gefordert werden, dennoch müssen sich die Paare aktuell unter den herrschenden Rahmenbedingungen entscheiden.

⁴⁶⁰ Bei Paaren mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung handelt es dabei nicht um eine unspezifische Angst vor Behinderung wie dies häufig der Fall ist bei Paaren, die eine PND durchführen lassen, sondern um eine konkrete Angst, die auf Erfahrungen mit dieser Form von Behinderung oder Erkrankung bei den eigenen Kinder oder im Familienkreis beruht.

Erkrankung nach einer Studie von RICHTER et al. am häufigsten in einem starken Kinderwunsch, einer hohen antizipierten Belastung bei der Geburt eines behinderten Kindes und bereits gemachten Erfahrungen mit Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüchen oder der Geburt eines behinderten Kindes begründet. Die eigene Einstellung gegenüber behinderten Menschen, Lebensziele, Religiosität usw. scheinen einen geringeren Einfluss zu haben.⁴⁶¹ Gemäß der Spezifizierungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS ist die Verwirklichung von grundlegenden individuellen Interessen und Bedürfnissen im Sinne des Prinzips des Respekts vor Autonomie zu fördern und kann nur unter Berufung auf gewichtigere andere Prinzipien außer Kraft gesetzt werden. Im Abwägungsprozess ist darum zu klären, ob die in Kauf genommene Selektion und Vernichtung von Embryonen im Rahmen der PGD eine so gravierende Verletzung des Prinzips des Nichtschadens darstellt, dass dem autonomen Wunsch der Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung oder Behinderung auf Durchführung einer PGD nicht entsprochen werden kann.

Wie bereits unter 3.2.1.2 dargestellt wird die Bewertung der Verletzung des Prinzips des Nichtschadens durch die Selektion und Vernichtung von Embryonen im Wesentlichen davon abhängen, welcher moralische Status frühen Embryonen beigemessen wird. In ihren „*Principles of Biomedical Ethics*“ bestimmen BEAUCHAMP und CHILDRESS den moralischen Status von Embryonen nicht. Insofern gibt ihr ethischer Ansatz in dieser Frage auch wenig Hilfestellung. Unter Berücksichtigung der von CHILDRESS vertretenen Position im *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* und der Orientierung an konsensfähigen praxisnahen Lösungen in ihrem Ansatz ist davon auszugehen, dass BEAUCHAMP und CHILDRESS frühen Embryonen einen im Vergleich zu geborenen Menschen abgestuften moralischen Status zuschreiben (siehe 3.2.1.2). Diese Einschätzung findet in einer Studie von RICHTER et al. in Deutschland sowohl im Rahmen der repräsentativen Bevölkerungsumfrage als auch unter den befragten Expertengruppen die größte Zustimmung.⁴⁶² Ein solches Konzept des abgestuften moralischen Status früher Embryonen beinhaltet zwar *prima facie* die Zuschreibung von Schutzrechten, führt aber in letzter Konsequenz dazu, dass die Schutzrechte der frühen Embryonen gegenüber den Interessen und Rechten der Paare bzw. Frauen geringer gewertet werden. Das Schutzrecht der Embryonen kann gegen-

⁴⁶¹ Vgl. RICHTER et al. 2003, 163f., 174f., 217-220, 239.

⁴⁶² Vgl. RICHTER et al. 2005, 81-86.

über dem Recht der Paare bzw. Frauen auf Gestaltung ihrer eigenen Existenz dann zurückgestellt werden, wenn durch die Geburt eines behinderten oder chronisch kranken Kindes derart gravierende Belastungen entstehen würden, dass sie dem betroffenen Paar bzw. der betroffenen Frau nicht tragbar erscheinen. Die Gewichtung zugunsten der Interessen der betroffenen Frauen liegt auch dann nahe, wenn kontextsensitiv mitberücksichtigt wird, dass Schwangerschaft bzw. antizipierte Schwangerschaft eine einzigartige Form der Beziehung darstellt. Ein Modell der Abwägung der Interessen zweier eigenständiger, unabhängiger Rechtssubjekte kann den moralischen Konflikt zwischen den Interessen und Bedürfnissen von Frauen und Embryonen nur begrenzt abbilden. Embryonen können nicht als von der Frau unabhängige Personen existieren, sondern bedürfen zu ihrer weiteren Entwicklung der leiblichen Koexistenz mit einer Frau. Im Rahmen der IVF existieren Embryonen in der Petrischale zwar zunächst physisch unabhängig von der Frau, aber dieser Zustand kann nur für wenige Tage aufrechterhalten werden. Danach sind sie auf die Fürsorge und leibliche Verbindung mit einer Frau angewiesen. Das Lebensrecht des Embryos kann nur durch die unmittelbare leibliche Fürsorge einer Frau dauerhaft verwirklicht werden. Das ist nicht gleichzusetzen damit, dass der Embryo deshalb der völligen Verfügungsgewalt der Paare bzw. Frauen ausgesetzt ist. Aber angesichts der Einbindung in diese besondere Form der Beziehung ist primär darauf zu vertrauen, dass zumeist die Entscheidung für die Durchführung einer PGD nicht leichtfertig oder aus prinzipiellen eugenischen Erwägungen heraus getroffen wird, sondern dass die Paare vielmehr im Rahmen eines schweren moralischen Dilemmas und unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Lebensumstände und Möglichkeiten eine verantwortliche Entscheidung treffen. Das Prinzip des Nichtschadens und damit das Verbot der in Kauf genommenen Vernichtung von Embryonen kann unter Berücksichtigung der ethischen Analysen von BEAUCHAMP und CHILDRESS außer Kraft gesetzt werden und mit der Bedeutung reproduktiver Entscheidungen für die Lebensgestaltung der Paare bzw. Frauen und dem abgestuften Personenstatus der Embryonen begründet werden. Eine Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik ist somit gemäß dem ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS zu befürworten.

In ihrer Darstellung der Methode der Abwägung sprechen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS dafür aus, nach Möglichkeiten der Minimierung der negativen Effekte zu suchen, wenn im Abwägungsprozess ein Prinzip außer Kraft gesetzt werden muss.⁴⁶³

⁴⁶³ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 34; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 20.

Hinsichtlich des Prinzips des Nichtschadens ist entsprechend dem ethischen Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS also zu bedenken, wie bei einer prinzipiellen Legalisierung der PGD ein größtmöglicher Schutz der Rechte der Embryonen gewährleistet werden kann. Solche Überlegungen entsprächen auch der von CHILDRESS im *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* unterstützten Position, die Konsensfähigkeit der prinzipiellen Zulassung der Technik dadurch zu erhöhen, dass Embryonen bzw. Feten besondere Schutzrechte zugeschrieben werden.⁴⁶⁴ In Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik müsste im Sinne einer breiten Konsensbildung nach Instrumenten gesucht werden, um die Durchführung der PGD auf diejenigen Fälle zu begrenzen, in denen das Risiko der Vererbung einer schwerwiegenden genetisch bedingten Behinderung oder chronischen Erkrankung besteht. Eine Ausweitung der Anwendungsgebiete der PGD auf andere Indikationen und die Nutzung der entstehenden Embryonen für Zwecke außerhalb der PGD sollte verhindert werden.

Als Instrumente zur Begrenzung PGD für den Fall ihrer Legalisierung werden mehrere Optionen diskutiert. Einerseits könnte eine Liste mit Erkrankungen festgelegt werden, für die eine PGD zulässig ist. Eine festgelegte Liste von Erkrankungen kann jedoch Fortschritte in Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten bei bestimmten Erkrankungen nicht berücksichtigen und stellt somit kein flexibles Instrument der Indikationsstellung dar. Sie kann die subjektiv erlebte Belastung der betroffenen Paare nicht erfassen, die in der Studie von RICHTER et al. den Hauptbeweggrund für die antizipierte Inanspruchnahme der PGD darstellte.⁴⁶⁵ Die BUNDESÄRZTEKAMMER schlägt zur Begrenzung der PGD in ihrem Diskussionsentwurf darum vor, vor Durchführung einer PGD eine Einzelfallüberprüfung und –genehmigung durch eine unabhängige, interdisziplinäre Kommission vornehmen zu lassen. Indikationen wie Histokompatibilitätsprüfungen bei organ- oder knochenmarkspendebedürftigen Geschwisterkindern oder die Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug (*social sexing*) sollten von vornherein rechtlich ausgeschlossen werden.⁴⁶⁶ Die BUNDESÄRZTEKAMMER sieht in ihrem Richtlinienentwurf zur Präimplantationsdiagnostik auch ein Verbot der Nutzung der PGD als Aneuploidiescreening bei regulärer Sterilitätstherapie vor.⁴⁶⁷ Ein solches Verbot ist

⁴⁶⁴ Vgl. CHILDRESS 1991, 97-99. Mit dieser Haltung soll denjenigen Respekt gezollt werden, die Embryonen einen vollen moralischen Personenstatus und volle Schutzrechte zuschreiben.

⁴⁶⁵ Vgl. RICHTER et al. 2003, 164f.

⁴⁶⁶ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526f.

⁴⁶⁷ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A526.

meines Erachtens schwer zu realisieren. Auch wenn zur Zeit der Nutzen des Aneuploidiescreenings bei IVF und ICSI im Sinne einer Steigerung der *baby-take-home-rate* pro angefangenem Behandlungszyklus noch nicht durch klinische Studien eindeutig erwiesen werden konnte (siehe 3.1.1), so stellt das Aneuploidiescreening bei IVF und ICSI im europäischen Ausland mittlerweile die häufigste Indikation dar.⁴⁶⁸ Für den Fall der Zulassung dieser Indikation käme es angesichts von jährlich rund 60.000 IVF- und ICSI-Zyklen in Deutschland zu einer deutlichen Ausweitung der Anwendung der PGD. Eine zentrale Kontrolle der Indikationsstellung durch eine Kommission oder Behörde wäre kaum noch möglich. Während eine fallbezogene Begrenzung der PGD durch eine unabhängige Kommission oder Behörde hinsichtlich der Indikation des bekannten Risikos der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung versucht werden kann, ist eine Ausweitung der Anwendung der PGD als Aneuploidiescreening im Rahmend der IVF und ICSI nur begrenzt zu verhindern. Da die Anwendung der PGD gemäß der ethischen Analyse im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS für die Fälle des Risikos der Vererbung einer schwerwiegenden Behinderung oder chronischen Erkrankung gerechtfertigt erscheint, spricht innerhalb des fallbezogenen Orientierungs- und Urteilsmodus ihres Ansatzes eine mögliche Ausweitung der PGD nicht gegen deren prinzipielle Legalisierung. Sollte sich die PGD nach ihrer Einführung von einer Diagnostik für schwerwiegende Sonderfälle hin zu einer generellen Screeningmethode entwickeln, so müssten in diesem Fall Maßnahmen zur Begrenzung einer solchen Entwicklung angedacht und umgesetzt werden. Insgesamt ergibt die Abwägung zwischen dem Prinzip des Respekts vor Autonomie, und damit dem Wunsch der Paare nach Durchführung einer PGD, und dem Prinzip des Nichtschadens, dem Schutz der Rechte des Embryos, im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS, dass dem Prinzip des Respekts vor Autonomie der Vorrang zu geben und eine Legalisierung der PGD zu befürworten ist. Dabei ist über wirksame Mechanismen nachzudenken, die Schutzrechte des Embryos zu stärken und die Durchführung der PGD zu begrenzen.

Für BEAUCHAMP und CHILDRESS stellt das Prinzip des Wohltuns ein wichtiges Korrektiv dar, um die ethische Rechtfertigung der Förderung individueller Interessen zu beurteilen.⁴⁶⁹ Daraus ergibt sich, dass das Prinzip des Respekts vor dem autonomen

⁴⁶⁸ Vgl. ESHRE PGD CONSORTIUM STEERING COMMITTEE 2005, 22. Das Aneuploidiescreening im Rahmen der IVF und ICSI nimmt im Vergleich zum Ausschluss der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung bei bekanntem Risiko einen immer größeren Raum ein.

⁴⁶⁹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 292ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 194-214.

Wunsch der Paare nach einer Legalisierung der PGD gegen die Nützlichkeit der PGD, gegen ihre Kosten und Risiken abgewogen werden muss. Wie bereits unter 3.1.1 und 3.2.1.3 ausgeführt sind als Kosten vor allen Dingen die hohen finanziellen Kosten der PGD zu erwähnen. Zu den Risiken der PGD gehören die möglichen Nebenwirkungen der hormonellen Stimulation, der Punktion und die erhöhte Rate an Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt für die Frauen, die psychischen Belastungen der IVF- und ICSI-Behandlung für die Paare, das erhöhte Risiko perinataler Morbidität und Mortalität für die Kinder (insbesondere aufgrund der erhöhten Rate an Mehrlingsschwangerschaften) und das Risiko einer Fehldiagnose der PGD (und daraus resultierend die Risiken der PND, die zur Absicherung der Diagnose empfohlen wird). Auch die psychische Belastung durch die niedrige Erfolgsquote der PGD zählt zu den Risiken. In ihrer Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns wägen BEAUCHAMP und CHILDRESS Risiken und Nutzen einer Therapie am Beispiel der Implantation von Silikonbrustprothesen ab. Trotz möglicher Risiken wie Kapselfibrose, Prothesendislokation und –ruptur und erschwelter Brustkrebsfrüherkennung halten BEAUCHAMP und CHILDRESS aufgrund des großen subjektiven Nutzens der Brustprothesenimplantation für die betroffenen Frauen ein Verbot von Silikonprothesen für paternalistisch und nicht zulässig. Statt eines Verbotes der Technik sprechen sie sich stattdessen für intensiviertere Standards in der präoperativen Aufklärung aus.⁴⁷⁰ Analog könnte im Sinne BEAUCHAMP und CHILDRESS argumentiert werden, dass die Risiken der PGD aufgrund des großen subjektiven Nutzens für die Betroffenen ein Verbot der PGD nicht rechtfertigen. Stattdessen sollte verstärkte Aufmerksamkeit der Aufklärung über alle Risiken der PGD im Vorfeld ihrer Durchführung gewidmet werden. Die Entscheidung, ob diese Risiken in Kauf genommen werden sollen, sollte dann den Paaren überlassen bleiben. Die hohen finanziellen Kosten der PGD stellen kein zwingendes Argument gegen ihre Legalisierung dar, da sowohl eine Finanzierung durch die Krankenkassen als auch eine private Finanzierung möglich wäre (siehe 3.2.1.3).

Entsprechend dem fallbezogenen Urteilsmodus des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS und unter Berücksichtigung ihrer Orientierung an der Stärkung und dem Schutz individueller Interessen ergibt sich aus der Abwägung ihrer Prinzipien, dass dem Prinzip der Autonomie und damit die Förderung der Erweiterung der reproduktiven Handlungsmöglichkeiten der Paare der Vorrang vor dem Prinzip des

⁴⁷⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 303-305; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 204-206.

Nichtschadens und Kriterien der Nützlichkeit zu geben ist, und eine Legalisierung der PGD in Deutschland befürwortet werden kann.

3.2.3 Praxisbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes

In der Analyse des Konfliktes um die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland sind verschiedene Stärken und Schwächen der prinzipienorientierten Ethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS deutlich geworden. Als Stärke ist zunächst die klare und verständliche Grundstruktur ihres Ansatzes zu benennen. In der Anwendung auf die Präimplantationsdiagnostik sind mit den Methoden der Spezifizierung der vier Prinzipien und anschließenden Abwägung konkurrierender Handlungsanweisungen klare Analyseschritte zur Erarbeitung eines praktischen ethischen Urteils gegeben.⁴⁷¹ Die Spezifizierungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS innerhalb der vier Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, der Wohltuns und der Gerechtigkeit ermöglichen, eine Vielzahl kontextueller Details in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik wahrzunehmen. Sie leiten dazu an, einzelne Facetten des Problems der Legalisierung der PGD zu reflektieren: Probleme der Freiheit der Entscheidungsfindung und der Aufklärung der betroffenen Paare (siehe 3.2.1.1), stellvertretende Bewertung der zukünftigen Lebensqualität der Kinder (siehe 3.2.1.2), Abwägungen von Nutzen, Kosten und Risiken der PGD (siehe 3.2.1.3) und Chancengleichheit und Gleichbehandlung der Paare und der Embryonen hinsichtlich der rechtlichen Regelungen des § 218 und des Embryonenschutzgesetzes (siehe 3.2.1.4). Insofern zeigt der ethische Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS eine große produktive Kraft. Die Komplexität des ethischen Konfliktfalles der Präimplantationsdiagnostik lässt sich aufgrund der Orientierung an vier verschiedenen Prinzipien und aufgrund der vielfältigen Spezifizierungen innerhalb der Prinzipien gut abbilden.⁴⁷² Leider spezifizieren BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihren „*Principles of Biomedical Ethics*“ ihre vier Prinzipien kaum im

⁴⁷¹ Die gute Strukturierung der Problembehandlung wird auch von RAUPRICH und WIESING als Vorteil der Prinzipienethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS gewertet (vgl. RAUPRICH 2005a, 16; WIESING 2005, 77).

⁴⁷² Auch QUANTE und VIETH heben hervor, dass der ethische Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS den komplexen Problemen der modernen biomedizinischen Ethik gerecht wird und dazu verhilft, differenzierte Lösungen zu erarbeiten (vgl. QUANTE/VIETH 2000, 32).

Hinblick auf reproduktionsmedizinische Themen.⁴⁷³ Der spezifische Lebenskontext von Frauen findet in ihrer ethischen Theoriebildung wenig Berücksichtigung. Die Implikationen ihrer Spezifizierungen für die Präimplantationsdiagnostik können deshalb nur in Form von Analogieschlüssen gefolgert werden. Insgesamt finde ich es erstaunlich und auch bedauerlich, dass in einer so umfangreichen Materialsammlung wie den „*Principles of Biomedical Ethics*“ ein in der biomedizinethischen Ethik so zentrales Themengebiet wie die Reproduktionsmedizin nahezu vollständig unberücksichtigt bleibt.

Die große Fülle an einzelnen Aspekten, Regeln und Falldarstellungen (siehe auch 2.1.3-2.1.6) innerhalb der Spezifizierungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS ermöglicht zwar die Wahrnehmung verschiedener kontextueller Details. Sie erschwert aber gleichzeitig die Orientierung in einem ethischen Konfliktfeld. In Bezug auf die PGD erwies sich die Auswahl der Aspekte der Spezifizierungen, die für die ethische Reflexion und Urteilsfindung hilfreich und wichtig waren, als sehr mühsam und zeitaufwendig. BEAUCHAMP und CHILDRESS bieten in ihren Spezifizierungen eine Vielzahl von Regeln und Abwägungskriterien zwischen unterschiedlichen Aspekten ihres ethischen Ansatzes an: Regeln zur Differenzierung zwischen Pflichten des Nichtschadens und des Wohltuns, Rechtfertigungsgründe für die Inkaufnahme negativer Effekte, Unterscheidungskriterien zwischen verpflichtenden und nichtverpflichtenden medizinischen Interventionen, Rechtfertigungsgründe für aktive Sterbehilfe, Voraussetzungen für stellvertretende Entscheidungsfindung, Rechtfertigungsgründe für paternalistische Interventionen, Kriterien zur gerechten Verteilung von Nutzen und Lasten u.v.a.⁴⁷⁴ Die unterschiedlichen Regeln und Kriterien der Spezifizierungen sind zwar in sich schlüssig begründet. Sie werden jedoch nicht zu einem kohärenten Gesamtsystem verbunden. Dadurch wirken sie eher verwirrend als strukturierend. Insgesamt bestätigt sich in der Anwendung der Prinzipien von BEAUCHAMP und CHILDRESS auf die Präimplantationsdiagnostik die von CLOUSER/GERT, DANIELS und LEIST vorgebrachte Kritik an der mangelnden Stringenz und Kohärenz der Spezifizierungen der vier Prinzipien.⁴⁷⁵

In der Spezifizierung der Prinzipien auf die Präimplantationsdiagnostik hat sich gezeigt, dass die Auslegung der vier Prinzipien große Deutungsspielräume offen lässt.

⁴⁷³ Eine Ausnahme bilden hier ihre Ausführungen zum Therapieverzicht bei schwer behinderten Neugeborenen (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 217ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 138ff.).

⁴⁷⁴ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 190-192.206-208.211-218.240.244-249.266.280-284.315-317.

⁴⁷⁵ Vgl. CLOUSER/GERT 2005, 89f.; DANIELS 2005, 344; LEIST 1998, 769.

Aus der Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens ergeben sich völlig unterschiedliche Analyseschwerpunkte, je nachdem ob der Problemkomplex des moralischen Status des Embryos, der Verhinderung von Leiden durch Beendigung von Leben bzw. potentiell Leben bei schweren, unheilbaren Erkrankungen oder der Verweigerung von schädlichen und belastenden Diagnostiken und Therapien für Patientinnen und Patienten in den Vordergrund gerückt wird. Je nachdem welcher moralische Status frühen Embryonen zugesprochen wird, ob das „selektive Stehenlassen“ der Embryonen als Schädigung derselben angesehen wird und wie die Lebensqualität bzw. die Beurteilbarkeit der zukünftigen Lebensqualität mit bestimmten Behinderungen und chronischen Erkrankungen eingeschätzt wird, kann die Spezifizierung des Prinzips des Nichtschadens sowohl eine Ablehnung als auch eine begrenzte Befürwortung der PGD unterstützen (siehe 3.2.1.2). Im Rahmen der Spezifizierung des Prinzips des Wohltuns muss zwischen der Auseinandersetzung mit der Berechtigung von individuellen Interessen und Wünschen, mit Paternalismuskonzepten (und der Verweigerung von autonom gewählten Diagnostiken und Therapien) und mit den vielfältigen vorgestellten Methoden und Kriterien zu Kosten-, Nutzen- und Risikoabwägungen ausgewählt werden. Je nach Gewichtung des Wunsches nach einem genetisch eigenen, gesunden Kind und je nach Bewertung der Kosten und Risiken ist sowohl die Einführung als auch die Ablehnung der PGD ethisch zu rechtfertigen (siehe 3.2.1.3). Auch das Prinzip der Gerechtigkeit bietet mit den Themenkomplexen der Fairness und des Ausgleiches von ungerechtfertigten Nachteilen, der Definition von Grundbedürfnissen und Umfang von Leistungen des Gesundheitswesens, und der Verteilung von Ressourcen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten weit reichende Interpretationsspielräume. Je nach vergleichender Interpretation der Situation der Embryonen in vivo und in vitro und je nach Analogisierung mit rechtlichen Regelungen des §218 und des Embryonenschutzgesetzes kann eine Legalisierung der PGD gefordert oder abgelehnt werden (siehe 3.2.1.4). BEAUCHAMP und CHILDRESS geben in ihrer ethischen Theoriebildung keine substantiellen Regeln für den Abwägungsprozess an. Die von ihnen aufgestellten Regeln sind nahezu rein formaler Natur (siehe 3.2.2). Auch das Kriterium der Kohärenz, das zur Überprüfung der ethischen Theoriebildung und der konkreten ethischen Urteile dienen soll, stellt ein formales Kriterium dar. Die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS läuft aufgrund des Verzichts auf klare Entscheidungsregeln Gefahr, zur

Rechtfertigung von ganz unterschiedlichen konkreten ethischen Urteilen beizutragen.⁴⁷⁶ BEAUCHAMP und CHILDRESS selbst sehen in der Pluralität möglicher ethischer Urteile keine Schwierigkeit. Sie weisen darauf hin, dass unterschiedliche gerechtfertigte ethische Urteile auf der Basis ein und derselben Theorie gefällt werden können.⁴⁷⁷ Dieser Einschätzung ist zwar grundsätzlich zuzustimmen. Dennoch weist ihre ethische Theoriebildung aufgrund der mangelnden Systematisierung ihrer Spezifizierungen und dem Verzicht auf eine Rangfolge zwischen den Prinzipien ein größeres Ausmaß normativer Unbestimmtheit auf als andere ethische Theorien (siehe auch 3.3).⁴⁷⁸ RAUPRICH charakterisiert die Besonderheit des Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS treffend:

„Während sich herkömmliche Normensysteme vielfach als Anleitungen verstehen, stellen die *Prima-facie*-Prinzipien von Beauchamp und Childress eher Anregungen dar... Die Notwendigkeit, die vier Prinzipien in der konkreten Situation ohne vorgegebene normative Ordnung spezifizieren und abwägen zu müssen, kommt einer Notwendigkeit gleich, die Probleme an entscheidender Stelle letztlich ohne die Theorie lösen zu müssen. Deshalb müssen diejenigen von einer Prinzipienethik enttäuscht werden, die sich von einer Ethik unmittelbare und eindeutige Orientierung und Führung erwarten.“⁴⁷⁹

Gerade in der Anwendung durch ethische Laien erweist es sich meiner Meinung nach als Nachteil, dass der ethische Ansatz von BEAUCHAMP und CHILDRESS in Fällen von konkurrierenden Handlungsanweisungen keine klaren Regeln zur Lösung von ethischen Konflikten bereitstellt. Die geringere Problemlösungskapazität werten auch RAUPRICH und HOLM als Nachteil der Prinzipienethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS.⁴⁸⁰ Als Vorteil ihrer Form der ethischen Theoriebildung ist jedoch zu benennen, dass sie viel Raum für die intuitive Wahrnehmung von Situationen eröffnet.

⁴⁷⁶ Als weiteres Beispiel hierfür kann neben der PGD die Beurteilung der Zulässigkeit von Abtreibungen in der von RAANAN GILLON herausgegebenen Aufsatzsammlung „*Principles of Health Care Ethics*“ zu theoretischen und anwendungsorientierten Aspekten der Prinzipienethik von BEAUCHAMP und CHILDRESS herangezogen werden. Dort wird unter Berufung auf die vier Prinzipien von verschiedenen Autorinnen und Autoren sowohl die Zulässigkeit als auch die Unzulässigkeit von Abtreibungen begründet. JOHN FINNIS vertritt die These, dass Abtreibungen generell unzulässig seien (vgl. FINNIS 1994, 547- 557). Er tut dies unter Berufung auf das Prinzip des Nichtschadens (dem Embryo komme ab dem Zeitpunkt der Befruchtung der volle Personenstatus zu und eine Abtreibung verletze darum sein Lebensrecht und sei als ungerechtfertigte Schädigung anzusehen) und auf das Prinzip der Gerechtigkeit (das Lebensrecht des Embryos dürfe ebenso wie das Lebensrecht geborener Personen nicht gegen die Interessen anderer Personen abgewogen werden). LEONORA LLOYD hingegen spricht sich unter Berufung auf das Prinzip des Respekts vor Autonomie (die Entscheidung der Frauen sei als vorrangig anzusehen, da der Personenstatus des Embryo nicht sicher sei) und des Prinzips des Nichtschadens (die Gesundheit der Frauen dürfe nicht durch das Austragen eines ungewollten Kindes geschädigt werden) für eine Zulässigkeit der Abtreibung aus (vgl. LLOYD 1994, 559-576).

⁴⁷⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 105ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 21ff.

⁴⁷⁸ Vgl. WIESING 2005, 78.

⁴⁷⁹ RAUPRICH 2005b, 246.

⁴⁸⁰ Vgl. RAUPRICH 2005b, 247; HOLM 2005, 220-224.

Kontextuelle Details können so in besonderem Maße in die ethische Urteilsbildung einfließen.

BEAUCHAMP und CHILDRESS verzichten in ihrer Theoriebildung bewusst auf die Begründung ihrer Prinzipien durch ethische Hintergrundtheorien. Ihrer Erfahrung nach ist es zwischen Menschen mit unterschiedlichen ethischen Hintergrundtheorien oft leichter, auf der Ebene praktischer ethischer Urteile konsensfähige Lösungen finden. Sie siedeln ihre ethische Theoriebildung darum auf der Ebene der Prinzipien mittlerer Reichweite an (siehe 2.1.1).⁴⁸¹ Den Prinzipien mittlerer Reichweite sprechen BEAUCHAMP und CHILDRESS eine integrative und konsensstiftende Funktion zu. Anhand der Analyse der Präimplantationsdiagnostik wurde deutlich, dass die abstrakten Prinzipien mittlerer Reichweite zunächst in ihrer Bedeutung für die PGD spezifiziert werden müssen, um ethische Handlungsanweisungen aus ihnen abzuleiten. Wie bereits ausgeführt können sich aus den Spezifizierungen sehr unterschiedliche Handlungsanweisungen ergeben, je nachdem wie kontextuelle Details bewertet und gewichtet werden. Die Bewertung des Wunsches der so genannten Hochrisikopaare nach einem genetisch eigenen Kind und die Bewertung des Status des Embryos lassen sich nur bedingt aus den Prinzipien mittlerer Reichweite ableiten. Letztlich sind diese Wertentscheidungen von eigenen Werthaltungen abhängig, die aus der Ebene ethischer Hintergrundtheorien entspringen. Im Rahmen der Spezifizierungen werden also die Werthaltungen evident, die BEAUCHAMP und CHILDRESS im Hinblick auf eine Konsensbildung auf der Ebene der ethischen Theoriebildung vermeiden wollten. Die öffentliche Diskussion um die Legalisierung der PGD in Deutschland zeigt, dass auch bei grundlegender Übereinstimmung mit den Prinzipien mittlerer Reichweite kein Konsens in dieser Frage zu erzielen ist. Während eine breite Zustimmung erkennbar ist, dass autonome Entscheidungen gefördert werden sollten und Kosten, Nutzen und Risiken vor Einführung einer Technik gegeneinander abgewogen werden sollten, gibt es sehr unterschiedliche Einschätzungen, ob mit Einführung der PGD autonome Entscheidungen wirklich gefördert werden und wie das Verhältnis zwischen Kosten, Nutzen und Risiken zu bewerten ist (siehe 3.2.1.1., 3.2.1.3 und 3.3.1.1). Hinsichtlich der Legalisierung der PGD erfüllt sich

⁴⁸¹ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 109ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376f.

angesichts der divergenten Spezifizierungen die Hoffnung auf eine konsensstiftende Funktion der Prinzipien mittlerer Reichweite nicht.⁴⁸²

Da sich BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht auf Hintergrundtheorien beziehen wollen, findet in ihrer ethischen Theoriebildung keine Klärung von anthropologischen Grundannahmen statt. Ethische Konfliktbereiche wie der Status von Embryonen werden nicht erörtert. In seinem Bericht über die Arbeit des *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* vertritt CHILDRESS die Auffassung, dass eine Klärung des Status von Embryonen nicht notwendig sei. Stattdessen solle im Sinne des möglichen praktischen Kompromisses die Forschung an embryonalem Gewebe gefördert werden, sofern ein größtmöglicher Schutz der Embryonen vor anderen Interessen gewährleistet wird.⁴⁸³ Eine ähnliche praxisorientierte Kompromisslösung wäre auch für die PGD denkbar (siehe 3.2.1.2 und 3.2.2). Meiner Meinung nach ist eine solche Lösung für die ethische Reflexion unbefriedigend, weil in ihr die Funktionen von politischer Kompromissbildung und begründeter ethischer Urteilsfindung vermischt werden. Ethische Reflexion dient der Systematisierung moralischer Normen und der kohärenten Begründung von praktischen Urteilen. Politische Kompromissbildung dient der Gestaltung des gesellschaftlichen Zusammenlebens und ist abhängig von politischen Machtverhältnissen. Ausschlaggebend für Entscheidungen sind nicht immer stringente Argumentationen. Mit wechselnden politischen Mehrheiten oder Koalitionen von gesellschaftlichen Gruppen können in ähnlichen Konfliktsituationen unterschiedliche Entscheidungen getroffen werden. Politische Entscheidungsprozesse unterliegen nicht in gleichem Ausmaß dem Kriterium der Kohärenz wie ethische Urteilsfindung. Die Konzentration auf die Ebene des praktischen Kompromisses bei BEAUCHAMP und CHILDRESS ohne Klärung theoretischer Grundannahmen wie den Status des Embryos führt zu einer Schwäche sowohl der Kohärenz als auch der Begründung des praktischen Urteils in ethischen Konfliktsituationen wie der PGD.⁴⁸⁴

Obwohl BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung keine ethische und weltanschauliche Hintergrundtheorie benennen, weisen ihre Spezifizierungen

⁴⁸² WIESING bemerkt hierzu, dass sich „die Hoffnung auf Konsens als Illusion“ erweist, weil der Konsens hinsichtlich der Prinzipien mittlerer Reichweite nicht auf die Ebene konkreter Handlungsanweisungen übertragen werden könne (WIESING 2005, 77).

⁴⁸³ Vgl. CHILDRESS 1991, 97ff.

⁴⁸⁴ WIESING und LEIST kritisieren ebenfalls, dass aufgrund der fehlenden Klärung von anthropologischen Grundannahmen wie dem Status von Embryonen in der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und

und Abwägungen auf eine bestimmte Auslegungsrichtung der Prinzipien hin. So fordern sie unter der Spezifizierung des Prinzips des Respekts vor Autonomie lediglich eine Freiheit von kontrollierenden Einflüssen durch Einzelpersonen.⁴⁸⁵ Strukturelle Einflüsse auf Entscheidungen werden nicht reflektiert. Eine Verpflichtung zum Wohltun besteht für BEAUCHAMP und CHILDRESS nur, wenn für die bedürftige Person gravierende Schäden für Leben und Gesundheit zu erwarten sind und für die wohltätige Person keine signifikanten Risiken, Kosten oder Lasten zu erwarten sind.⁴⁸⁶ Der Umfang moralisch verpflichtenden Handlungen im Sinne des Prinzips des Wohltuns fällt dementsprechend sehr gering aus. Das Prinzip der Gerechtigkeit wird lediglich als Anspruch auf eine ordentliche minimale Gesundheitsversorgung (*decent minimum of health care*) spezifiziert.⁴⁸⁷ Weiterreichende Forderungen nach einem egalitären Gesundheitssystem werden in dem Bereich der zwar löblichen, aber ethisch nicht zu rechtfertigenden und damit moralisch nicht verpflichtenden Mehrleistung verortet. Hinsichtlich der Zulassung von Silikonbrustprothesen bei kosmetischen Operationen geben BEAUCHAMP und CHILDRESS dem Prinzip des Respekts vor Autonomie (dem Wunsch der Frauen nach kosmetischer Operation) Vorrang vor dem Prinzip des Wohltuns (den Risiken durch die Silikonprothesen), sofern die Erfordernisse des *informed consent* eingehalten werden.⁴⁸⁸ In den Spezifizierungen und Abwägungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS werden ihre eigenen weltanschaulichen Hintergrundannahmen deutlich, die im Wesentlichen die Werte des amerikanischen Liberalismus widerspiegeln.⁴⁸⁹ Nun ist es meines Erachtens unumgänglich, dass zumindest auf der Ebene von Spezifizierungen weltanschauliche Verortungen zum Tragen kommen. Das Problem der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS sehe ich darin, dass sie ihren eigenen theoretischen und lebenspraktischen Hintergrund und ihre Interessen nicht explizit deutlich machen,⁴⁹⁰ sondern diese mit dem Ziel der Einigung in praktischen Fragen unerwähnt lassen. Ihr eigener theoretischer Hintergrund verschwimmt im scheinbar Allgemeingültigen. Dadurch wird es gerade für ethische Laien (denen ihr Ansatz eine Orientierung

CHILDRESS Konfliktfälle wie Schwangerschaftsabbruch und assistierte Reproduktion nicht befriedigend gelöst werden können (vgl. WIESING 2005, 82; LEIST 1998, 769f.).

⁴⁸⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 163-167; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 93-95.

⁴⁸⁶ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 266; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 171.

⁴⁸⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 355-358; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 244-247.

⁴⁸⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 303-305; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 204-206.

⁴⁸⁹ Vgl. RAUPRICH 2005a, 25; HOLM 2005, 212-225.

⁴⁹⁰ Ihr beruflicher Kontext wird beispielsweise nirgendwo in dem Buch „*Principles of Biomedical Ethics*“ erwähnt.

zur Beurteilung ethischer Probleme bieten soll) schwierig, die ihrem Konzept zugrunde liegenden theoretische Fundamente aufzuspüren und sich damit auseinander zu setzen. Einen offeneren Umgang mit eigenen theoretischen Hintergründen in der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS fände ich im Sinne der Transparenz für die Anwendenden und den wissenschaftlichen Diskurs wünschenswert.

BEAUCHAMP und CHILDRESS berufen sich sowohl in der Begründung der Auswahl ihrer vier Prinzipien als auch in der Rechtfertigung ihrer Spezifizierungen und praktischen Urteile auf die von ihnen wahrgenommenen gesellschaftlich geteilten Grundüberzeugungen, die *common morality* (siehe 2.1.2). Dadurch erhoffen sie sich einen größtmöglichen gesellschaftlichen Konsens bezüglich der praktisch-ethischen Urteile. In der Analyse der PGD hat sich gezeigt, dass gemäß einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage von RICHTER et al. die Wertung des frühen Embryos als Zellhaufen mit speziellem Schutz und als potentiell menschliches Wesen die größte Zustimmung fand (siehe 3.2.1.2).⁴⁹¹ Die Mehrheit der befragten Expertengruppen wertete den Wunsch der sog. Hochrisikopaare nach einem genetisch eigenen Kind als legitimen Wunsch, aber nicht als Anspruchsrecht.⁴⁹² Rechtliche Regelungen der Präimplantationsdiagnostik, die diese Überzeugungen berücksichtigen, würden in der Bevölkerung und unter den Experten die größte Zustimmung erfahren. BEAUCHAMPS und CHILDRESS ethische Theoriebildung ist auf die Suche nach konsensfähigen Lösungen hin ausgerichtet. Auf der politischen Ebene ist diese Suche nach Konsens meines Erachtens notwendig. Auf der Ebene der ethischen Theoriebildung nehmen sich BEAUCHAMP und CHILDRESS mit ihrer Orientierung an vorherrschenden Normen und Wahrnehmungsmustern allerdings das sozialkritische Potential, das ich in Übereinstimmung mit SHERWIN für einen wichtigen Bestandteil ethischer Reflektion halte.

⁴⁹¹ Vgl. RICHTER et al. 2005, 81-86.

⁴⁹² Vgl. RICHTER et al. 2005, 123.

3.3 Die Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der feministischen Ethik von SHERWIN

In der Darstellung des Ansatzes von SUSAN SHERWIN (2.2.2) ist deutlich geworden, dass ihre gesamte Theoriebildung an einer grundlegenden ethischen Perspektive ausgerichtet ist, dem Kampf gegen Unterdrückung. Diese ethische Perspektive gewinnt für sie vor dem Hintergrund ihres eigenen Lebenskontextes und ihrer Gesellschaftsanalyse zentrale Bedeutung. SHERWIN erkennt an, dass auch andere Perspektiven wichtige Beiträge zur Analyse und Lösung von ethischen Konflikten liefern können. Sie möchte mit ihrer ethischen Theoriebildung jedoch den Lebenskontext und die moralischen Erfahrungen von marginalisierten Gruppen aufgreifen und in den ethischen Diskurs einbringen und wählt darum diesen inhaltlichen Bezugspunkt. Das Ziel ihrer ethischen Theorie ist, zur Verwirklichung von sozialer Gerechtigkeit beizutragen (siehe 2.3).

Perspektiven und Prinzipien enthalten in ihrer abstrakten Formulierung für SHERWIN keinen Aussagegehalt. Erst in ihrer Auslegung für einen konkreten Kontext gewinnen sie an inhaltlicher Bedeutung (siehe 2.2.2.2). Dabei orientiert sich SHERWIN mit ihrem Kontextbegriff nicht nur an konkreten Fällen und einzelnen Personen, sondern vor allen Dingen an den gesellschaftlichen Strukturen. Der grundlegende Orientierungspunkt in SHERWINS kontextueller Analyse ist die Frage nach den gesellschaftlichen Konsequenzen von Handlungen und Entscheidungen. Im Hinblick auf die Frage der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland werde ich darum in einem ersten Schritt die strukturellen und gesellschaftlichen Auswirkungen einer solchen Legalisierung analysieren (3.3.1). Im Sinne von SHERWINS feministischer Perspektive sind besonders die Folgen für die Lebenssituation von Frauen in den Blick zu nehmen. Aber auch die Veränderungen für die Mitglieder anderer marginalisierter Gruppen müssen in der kontextuellen ethischen Analyse mitberücksichtigt werden. SHERWINS zentrales ethisches Prinzip ist die Befreiung von Unterdrückung. Innerhalb der strukturbezogenen Kontextanalyse ist darum die Frage zu klären, ob Strukturen der Dominanz und Unterdrückung durch die Legalisierung der PGD verstärkt werden oder ob ihnen entgegengewirkt wird.

Der zweite wichtige Bezugspunkt in SHERWINS kontextueller Analyse ist der Aspekt der Fürsorge für die unmittelbar Betroffenen. Dieser stellt in SHERWINS Ansatz einen starken ethischen Auftrag dar. Aufgrund des relationalen Bezugsmodus in SHERWINS

ethischer Theoriebildung werden die Bedürfnisse und Interessen der unmittelbar von der PGD Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer Einbindung in soziale Bezüge betrachtet. Ich werde in einem zweiten kontextuellen Analyseschritt aufzeigen, in welchem Wechselspiel individueller Bedürfnisse und Lebenserfahrungen, persönlicher Beziehungen und Verpflichtungen und unter dem Einfluss welcher gesellschaftlichen Normen und sozialen Gegebenheiten eine Entscheidung für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik zustande kommt bzw. zustande kommen kann (3.3.2).

Die Aufgliederung der kontextuellen Analyse bei SHERWIN in strukturbezogene Aspekte und Interessen von individuell Betroffenen kann in der Erarbeitung von ethisch gerechtfertigten Handlungsoptionen zu unterschiedlichen, konkurrierenden ethischen Urteilen führen. Ich werde in einem dritten Schritt untersuchen, welche Hilfestellungen SHERWINS ethische Theorie für die Vermittlung zwischen der strukturellen und der an individuellen Bedürfnissen ausgerichteten kontextuellen Analyseebene bietet. Davon ausgehend soll erläutert werden, welche konkreten Handlungsanweisungen sich hinsichtlich der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland ergeben (3.3.3).

Abschließend werde ich erörtern, welchen Beitrag SHERWINS ethische Theoriebildung in der Analyse praktischer moralischer Probleme wie der Präimplantationsdiagnostik für den ethischen Diskurs leisten kann und inwieweit sie dem Ziel ihrer ethischen Theoriebildung, der Veränderung gesellschaftlicher Strukturen und der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit, näher kommt (3.3.4).

3.3.1 Die strukturbezogene kontextuelle Analyse der Präimplantationsdiagnostik

Die kontextuelle Analyse im Sinne SHERWINS dient zunächst der Identifikation von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung. Systematische Unterdrückungsstrukturen wie Sexismus, Rassismus, Heterosexismus und Unterdrückung aufgrund von Schichtzugehörigkeit sollen dabei beachtet werden (siehe 2.2.2). Die strukturelle Analyse legt den Fokus nicht auf die Lebenssituation einzelner Individuen, sondern betrachtet die Interaktionen von Personengruppen und die Konsequenzen, die bestimmte Praktiken für einzelne Personengruppen haben. Die Perspektive marginalisierter Gruppen soll dabei

besonders in den Blick genommen werden. Hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik ist zunächst zu fragen, in welcher Form marginalisierte Gruppen von einer Legalisierung der PGD betroffen wären und wie sich ihr Lebenskontext und ihre Handlungsoptionen verändern würden. SHERWIN äußert sich in ihrem ethischen Ansatz nicht konkret zur Frage der Präimplantationsdiagnostik. Ihre Überlegungen zu den Themen der Abtreibung und der assistierten Reproduktion geben jedoch Hinweise zu einer möglichen Analyse und Beurteilung der PGD.⁴⁹³

In ihrem standpunktbezogenen Wahrnehmungsmodus interessiert sich SHERWIN primär für die Konsequenzen von Handlungen und politischen Praktiken für die Lebenssituation von Frauen.⁴⁹⁴ Dieser Ausgangspunkt ist im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik zudem naheliegend, da Frauen bei der Durchführung einer PGD physisch stärker betroffen sind (die Eingriffe im Zusammenhang mit der IVF bzw. ICSI werden hauptsächlich an ihren Körpern vorgenommen, Schwangerschaft und Geburt werden von ihnen in ihren Körpern erlebt). Außerdem ist die Versorgung von Kindern immer noch stärker mit der sozialen Rolle von Frauen assoziiert. Auch die Konsequenzen der Einführung der PGD für andere marginalisierte Gruppen müssen betrachtet werden. Hier sind in erster Linie Folgen für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu nennen, da im Rahmen der PGD Embryonen mit bestimmten genetisch bedingten Behinderungen und chronischen Erkrankungen selektiert werden. Die Konsequenzen einer Legalisierung der PGD für andere beteiligte gesellschaftliche Personengruppen wie Ärztinnen und Ärzte, Forscherinnen und Forscher etc. sollen ebenfalls benannt werden. Die strukturbezogene kontextuelle Analyse soll klären, wessen Interessen durch die Legalisierung der PGD gefördert, welche Personengruppen Macht gewinnen und welche in ihren Handlungsspielräumen eingeschränkt würden.

3.3.1.1 Konsequenzen der Präimplantationsdiagnostik für den Lebenskontext von Frauen

Die Forderung nach der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland wird primär mit dem Interesse der Frauen bzw. Paare begründet, die ein erhöhtes Risiko für die Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung haben. Ihr Handlungs-

⁴⁹³ Vgl. SHERWIN 1981, 21-34; SHERWIN 1987, 265-284; SHERWIN 1991, 327-342; SHERWIN 1992, 99-136; SHERWIN 1993, 219-239.

⁴⁹⁴ Vgl. SHERWIN 1993, 232.

spielraum in der Verwirklichung ihres Wunsches nach einem genetisch eigenen, gesunden Kind soll erweitert werden.⁴⁹⁵ SHERWIN erachtet die Erweiterung von Handlungsspielräumen marginalisierter Gruppen, insbesondere von Frauen, als erstrebenswertes ethisches Ziel.⁴⁹⁶ Sie bestreitet nicht, dass durch die Möglichkeiten der assistierten Reproduktion und sukzessive der PGD die Entscheidungsfreiheit einzelner Frauen erweitert wird.⁴⁹⁷ Gemäß ihrer strukturbezogenen kontextuellen Analyse ist jedoch zu fragen, ob die Handlungsspielräume aller Frauen gleichermaßen erweitert werden. Es muss geklärt werden, welche Personengruppen im Rahmen der assistierten Reproduktion kontrollierenden Einfluss haben und wie sich Strukturen von Dominanz und Unterdrückung durch die Einführung der PGD verändern würden.

Voraussetzung für die Durchführung der PGD ist eine IVF oder ICSI. Somit sind die Zugangsvoraussetzungen für die Durchführung einer IVF oder ICSI in Deutschland auch richtungweisend für die Möglichkeit der Durchführung einer PGD. In ihrer Positionierung zur assistierten Reproduktion gibt SHERWIN zu bedenken, dass Frauen im Rahmen der assistierten Fortpflanzung zwar eine grundlegende Entscheidung für die Inanspruchnahme solcher Techniken treffen können. Die strukturellen Voraussetzungen innerhalb des Gesundheitssystems und der therapeutischen Situation bedingen aber, dass die Zugangsvoraussetzungen und die Durchführung der assistierten Fortpflanzung letztlich von anderen, hauptsächlich den durchführenden Ärztinnen und Ärzten, kontrolliert werden. Die Zulassung von Frauen zu IVF- und respektive auch PGD-Programmen erfolge nicht nur nach Kriterien der medizinischen Sinnhaftigkeit, sondern auch nach Fragen der sozialen Erwünschtheit der Reproduktion bestimmter Frauen. Letztlich erweitere die assistierte Reproduktion in ihrer aktuell praktizierten Form nicht die reproduktive Freiheit aller Frauen, sondern unterscheide zwischen Frauen, deren Reproduktion erwünscht ist, und Frauen, deren Reproduktion unerwünscht ist. Soziale Rollenerwartungen an Frauen würden so festgeschrieben.⁴⁹⁸ In Deutschland werden zur IVF und ICSI nur Frauen zugelassen, die verheiratet sind (oder als Minimalkriterium in einer langjährigen stabilen Partnerschaft leben) und heterosexuell leben. Die Frauen bzw. Paare müssen deutlich machen, dass sie zu guter und verantwortlicher Elternschaft fähig sind. Alleinstehende Frauen und Frauen, die in gleichgeschlechtlichen Beziehun-

⁴⁹⁵ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2000, A525; LUDWIG/DIEDRICH 1999, S43.

⁴⁹⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 103.

⁴⁹⁷ Vgl. SHERWIN 1993, 227.

⁴⁹⁸ Vgl. SHERWIN 1992, 126f.

gen leben, werden von der Zulassung zu assistierten Reproduktionstechniken ausgeschlossen.⁴⁹⁹ Dieser Ausschluss wird mit der Sorge um das Wohl der zukünftigen Kinder von alleinerziehenden oder lesbischen Frauen begründet, obwohl in Studien bisher nicht bewiesen werden konnte, dass diese Kinder in ihrer Entwicklung physische oder psychische Auffälligkeiten zeigen.⁵⁰⁰ Die Begrenzung auf Ehepaare wird mit dem verfassungsrechtlichen Schutz der Ehe begründet. Die herrschenden Zugangsbedingungen der assistierten Fortpflanzung in Deutschland schreiben letztlich soziale Beziehungsnormen fest, die, wie HAKER treffend anmerkt, „in der (real existierenden) Sozialstruktur längst als alleinige normative Kraft obsolet geworden sind.“⁵⁰¹ Bezüglich der Strukturen von Dominanz und Unterdrückung zeigt sich, dass innerhalb der Frauen privilegierte Gruppen wie verheiratete und heterosexuell lebende Frauen weiter privilegiert und andere Lebensentwürfe an den Rand gedrängt werden. Das Problem der normierenden Unterscheidung in sozial erwünschte und unerwünschte Formen der Reproduktion durch die Ärzteschaft trifft nun den gesamten Bereich der assistierten Reproduktion und wäre nicht für die PGD spezifisch. Im Gegensatz zu IVF und ICSI sind bei der PGD jedoch zusätzliche Zugangsvoraussetzungen im Sinne einer Gewichtung von genetischen Dispositionen nötig. Somit wird auch das Potential des normierenden Eingriffs durch die Ärzteschaft in das Reproduktionsverhalten und die Reproduktionsmöglichkeiten von Frauen größer.

Nicht nur die Zugangsvoraussetzungen sondern auch die Durchführung der Reproduktionstechniken unterliegt der Kontrolle durch Ärztinnen und Ärzte. Zwar werden die reproduktiven Entscheidungsoptionen von Frauen durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme reproduktiver Techniken erweitert. SHERWIN merkt jedoch an, dass die

⁴⁹⁹ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 1998, A3168-3170.

⁵⁰⁰ Studien von PATTERSON et al., FLAKS et al., BREWAEYS et al., GOLOMBOK et al., CHAN et al., GARTRELL et al. und VANFRAUSSEN et al. zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Verhaltens im Rahmen der Geschlechterrolle, verhaltenspsychologischer und emotionaler Entwicklung und Selbstwertgefühl zwischen Kindern, die in lesbischen Mutter-Mutter-Konstellationen aufwuchsen, und Kindern, die in heterosexuellen Zwei-Eltern-Familien aufwuchsen (vgl. PATTERSON et al. 1992, 1025-1042., FLAKS et al. 1995, 105-114, BREWAEYS et al. 1997, 1-17, GOLOMBOK et al. 1997, 783-791, CHAN et al. 1998, 443-457, GARTRELL et al. 2000, 542-548 und VANFRAUSSEN et al. 2002, 237-254). In einer Longitudinalstudie von BREWAEYS et al. an 24 Familien mit lesbischen Müttern und deren durch Samenspende gezeugten Kindern zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion, der emotionalen und Verhaltensentwicklung der Kinder und des Selbstwertgefühls der Kinder im Vergleich mit der Kontrollgruppe heterosexueller Familien. Lediglich hinsichtlich des Kontaktes mit Gleichaltrigen fiel auf, dass zwar genauso viele Freundschaften gepflegt wurden, die Kinder lesbischer Mütter jedoch seltener ihren Freunden von ihren familiären Verhältnissen erzählten. Die Kinder lesbischer Mütter berichteten nicht vermehrt von Hänseleien oder Schikanen durch Gleichaltrige (vgl. BREWAEYS 2005, 34-37).

⁵⁰¹ HAKER 2002, 96.

Gestaltung der Prozeduren von den durchführenden Ärztinnen und Ärzten bestimmt wird. Frauen müssten sich im Wesentlichen den vorgegebenen Therapieschemata anpassen. Die Techniken der assistierten Fortpflanzung verstärkten letztendlich den immer größeren Einfluss von Expertinnen und Experten auf das Erleben der Frauen von Schwangerschaft und Geburt, wie er auch in der Medikalisierung der gesamten Schwangerenvorsorge festzustellen sei.⁵⁰² Nun haben Frauen in Deutschland sicher auch innerhalb der Durchführung einer IVF, ICSI oder potentiell der PGD Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume. Richtlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und Gesetze regeln jedoch den Umfang dieser Entscheidungsspielräume, beispielsweise die mögliche Anzahl der zu transferierenden Embryonen, der mögliche Umgang mit Embryonen und Vorkernstadien, die möglichen zu diagnostizierenden genetischen Dispositionen usw.⁵⁰³ Die Frauen bzw. Paare sind für die Wahl ihrer Entscheidungen stark auf die Informationsvermittlung und Beratung durch Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Der Einfluss von Expertinnen und Experten auf das individuelle Erleben von Sexualität und Schwangerschaft wird durch die frühzeitige Anbindung an technisierte Intervention und Überwachung größer. Hinsichtlich der potentiellen Nutzerinnen der PGD ist aufgrund der Notwendigkeit der Durchführung einer IVF oder ICSI bei fertilen Paaren von einem deutlich größeren Einfluss der behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf Erleben und Gestaltung der entstehenden Schwangerschaften auszugehen.⁵⁰⁴ Für SHERWIN bedeutet dies, dass eine Erweiterung der assistierten Reproduktion durch die PGD in ihrer aktuellen Durchführung zu einer Verstärkung der Kontrolle über das reproduktive Verhalten von Frauen führt.

Als weiteren Aspekt neben dem Ausschluss von Frauen aufgrund des sozialen Rollenverhaltens und der verstärkten Abhängigkeit von Expertinnen und Experten im Rahmen der assistierten Reproduktion kritisiert SHERWIN für den kanadischen Kontext

⁵⁰² Vgl. SHERWIN 1992, 127.

⁵⁰³ DRAPER und CHADWICK verweisen auf die Zuspitzung von Entscheidungskonflikten zwischen den reproduktiven Präferenzen der betroffenen Paare und den behandelnden Ärzten anhand von *Case-reports* aus Großbritannien. Beispielsweise führen sie ein taubstummes Paar an, das mit Hilfe der PGD ein taubstummes Kind bekommen wollte, damit sich das Kind besser in sein taubstummes soziales Umfeld integrieren könne und damit eine bessere Lebensqualität habe (vgl. DRAPER/CHADWICK 1999, 115-119).

⁵⁰⁴ Meines Erachtens hat dieser Aspekt in Bezug auf die Paare, die ein erhöhtes Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung haben, jedoch eine geringere Relevanz. Laut einer Studie von RICHTER et al. würden diejenigen Paare, die eine PGD durchführen lassen möchten, mehrheitlich als zweitwahrscheinlichste Möglichkeit des Umgangs mit dem Kinderwunsch eine „Schwangerschaft auf Probe“ eingehen und gegebenenfalls einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen (vgl. RICHTER et al. 2003, 163). Eine stärkere Anbindung an ärztliche Überwachung und Intervention wäre für diese Paare also ohnehin gegeben.

eine schichtspezifische Benachteiligung von Frauen mit geringen Einkommen, da die hohen finanziellen Kosten selbst getragen werden müssen.⁵⁰⁵ Nur Frauen bzw. Paare mit einem guten Einkommen können sich die Inanspruchnahme assistierter Reproduktionstechniken leisten. Das Problem potenziert sich in Bezug auf die PGD, da die finanziellen Kosten einer PGD noch weit über die Kosten der regulären IVF oder ICSI hinausgehen (siehe 3.2.2.3). Ob sich im Zuge einer Legalisierung der PGD in Deutschland eine schichtspezifische Ausgrenzung von Frauen ergäbe, hängt im Wesentlichen von der Frage der Kostenübernahme der PGD durch die Krankenkassen ab. In einer Studie von RICHTER et al. zu den reproduktiven Präferenzen in Deutschland bezüglich frühestmöglicher vorgeburtlicher Diagnostik sprachen sich 68% der Bevölkerung im Falle einer Legalisierung der PGD für eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse aus.⁵⁰⁶ In einem solchen Falle wäre die PGD unabhängig von den eigenen finanziellen Mitteln nutzbar. Wenn jedoch analog zur derzeit geltenden Praxis im Bereich der assistierten Reproduktion in Deutschland die Kosten für eine PGD jedenfalls teilweise von den Paaren selbst getragen werden müssen, so würde die Inanspruchnahme der PGD eine erhebliche finanzielle Hürde bedeuten. Eine ähnliche Form schichtspezifischer Ausgrenzung wie im kanadischen Kontext könnte die Folge sein.

Ein weiterer Kritikpunkt von SHERWIN gegenüber der assistierten Reproduktion richtet sich gegen die Festschreibung von traditionellen Geschlechtsrollenmustern. Frauen werden im westlichen Kontext nach SHERWIN immer noch weitgehend auf ihre Rolle als Hausfrau und Mutter festgelegt (siehe 2.2.2.1). Der Wunsch nach einem genetisch eigenen Kind beruhe nicht nur auf einem individuellen Bedürfnis, sondern sei im Wesentlichen durch internalisierte kulturelle Normen generiert.

„Man redet Frauen ein, dass ihr höchstes Ziel im Leben darin besteht, Kinder zu gebären und aufzuziehen. Es wird ihnen unentwegt gesagt, dass ihr Leben ohne Kinder unvollkommen ist und dass es zu ihrer Selbstverwirklichung gehört, Kinder zu haben. Und tatsächlich stehen viele Frauen ohne Kinder einem leeren Dasein gegenüber. Wenige Frauen haben Zugang zu einer sinnvollen und befriedigenden Arbeit. Die meisten sehen sich nicht im Mittelpunkt jener romantischen Liebesbeziehung, die ihnen gemeinhin als die Norm für heterosexuelle Paare vorgeführt wird.....Kinder bleiben die einzige Hoffnung auf wirkliche Vertrautheit und auf die Erfüllung des Lebens, die sich aus einer als nützlich erachteten Arbeit ergibt.“⁵⁰⁷

„Die Welt, in der wir heute leben, verfügt über so beschränkte Entfaltungsmöglichkeiten für Frauen, dass es durchaus begründet ist, die Unabhängigkeit der Frauen im

⁵⁰⁵ Vgl. SHERWIN 1992, 126.

⁵⁰⁶ Vgl. RICHTER et al. 2003, 233.

⁵⁰⁷ SHERWIN 1993, 230.

Hinblick auf diese Technologie in Frage zu stellen, da es sich genau genommen um das Ergebnis sozialer Zwänge handeln könnte.⁵⁰⁸

So verständlich der Kinderwunsch von Frauen individuell sei und so sehr der Leidensdruck von einzelnen Frauen an ungewollter Kinderlosigkeit wahrgenommen werden müsse, bedeute die Einführung immer neuer technischer Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunsches für Frauen als Gruppe eine noch stärkere öffentliche Wahrnehmung und Festlegung auf ihre Rolle als Mutter. Diese beinhalte in der in unserer Gesellschaft praktizierten Form für Frauen die Übernahme eines großen Anteils der Haus- und Erziehungsarbeit und zumeist die Einschränkung der eigenen beruflichen Entfaltung. Eine Fokussierung auf die Rolle der Frauen als Mutter verfestige somit bestehende Strukturen von Dominanz und Unterdrückung und schränke die Entscheidungsmöglichkeiten von Frauen als Gruppe ein.⁵⁰⁹

Die alleinige Begründung des Kinderwunsches sowie des Leidens an Kinderlosigkeit in SHERWINS Analyse durch internalisierte gesellschaftliche Normen und Rollenerwartungen ist meines Erachtens zu einseitig. KRONES weist in ihrer Kritik der feministischen bioethischen Debatte zu Fortpflanzungsentscheidungen darauf hin, dass mit der Pluralisierung von Lebensstilen in modernen westlichen Gesellschaften auch eine zunehmende Pluralisierung von Rollenvorbildern einhergeht und eine Veränderung von Rollenstereotypen stattfindet.⁵¹⁰ Neben dem Rollenverständnis der Frau als Mutter, die ihre Erfüllung in der Kindererziehung findet, existiert auch das Rollenbild der beruflich erfolgreichen Frau (selbst wenn es aktuell nur einer Minderheit der Frauen gelingt, ein berufliche Karriere in gleichem Ausmaß zu verfolgen wie ihre männlichen Kollegen). Nach wie vor geht die erfolgreiche berufliche Karriere von Frauen aufgrund der Unvereinbarkeit von Beruf und Familie oft mit einem Verzicht auf Kinder einher, so dass sowohl die Entscheidung für als auch gegen Kinder durch gesellschaftliche Zwänge bedingt sein kann. Trotz des Einflusses von gesellschaftlichen Rollenmustern kann der Wunsch nach Kindern nicht als rein fremdbestimmt angesehen werden. Mit HAKER verstehe ich den individuellen Kinderwunsch als ein Zusammenspiel aus verschiedenen psychologischen und sozialpsychologischen Aspekten.⁵¹¹ Gesellschaftliche Normen und Erwartungen können darin eine Rolle spielen, sie müssen für die konkrete Entscheidung

⁵⁰⁸ SHERWIN 1993, 231.

⁵⁰⁹ Vgl. SHERWIN 1993, 231f.

⁵¹⁰ Vgl. KRONES 2006, 13.

⁵¹¹ Vgl. HAKER 2002, 90.

hinsichtlich der eigenen Reproduktion aber nicht ausschlaggebend sein. Individuelle Lebenserfahrungen und persönliche Beziehungen können ebenfalls ein großes Gewicht haben. So zeigt sich in der Studie von RICHTER et al. bei den Personen aus der Gruppe der „Hochrisikopaare“, die die PGD als wahrscheinlichste reproduktive Präferenz angeben, überdurchschnittlich häufig ein erkranktes erstgeborenes Kind und eine subjektiv empfundene schwere Erkrankungsbetroffenheit des Kindes in der eigenen Geschichte.⁵¹²

SHERWINS Interpretation der individuellen Motive zur Nutzung der Techniken der assistierten Reproduktion als Ergebnis sozialer Zwänge ist sicher zu einseitig. Ihr Hinweis auf die Bedeutung der öffentlichen Diskussion um assistierte Reproduktion für die Verfestigung von traditionellen Rollenstereotypen von Frauen ist dennoch zutreffend. Gerade die Diskussion um die Legalisierung der PGD in Deutschland bedient traditionelle Rollenklischees, wenn mit den verzweifelte Frauen argumentiert wird, die die Erfüllung ihres Lebenszieles, die Geburt eines leiblichen, nichtbehinderten Kindes, anders nicht verwirklichen können. In Frage gestellt werden bei dieser Einschätzung weder die gesellschaftlichen Normen, die suggerieren, dass auch für die betroffenen Frauen ein Leben ohne Kind nicht sinnerfüllt ist bzw. mit Sinn erfüllt werden kann, noch gesellschaftliche Normen, die nur einem genetisch eigenen Kind einen Wert beimessen.⁵¹³ Andere Formen des Zusammenlebens mit Kindern wie Adoption oder Pflegschaft finden in der Diskussion wenig Beachtung.⁵¹⁴ Auch reproduktionsmedizinische Optionen wie heterologe Insemination, die ohne eine Selektion von Embryonen auskommen würden, werden nicht diskutiert. In diesem Sinne stützt die Diskussion um die Legalisierung der PGD bestehende Rollenmuster und gesellschaftliche Normen.

Die strukturbezogene kontextuelle Analyse im Sinne SHERWINS zeigt insgesamt, dass durch die Legalisierung der PGD bestehende Strukturen von Dominanz und Unter-

⁵¹² Vgl. RICHTER et al. 2003, 164.

⁵¹³ SHERWIN kritisiert unsere kulturellen Einstellungen, „derzufolge Kinder als Waren gelten, deren Wert an den Besitz der elterlichen Chromosomen gebunden ist. Kinder werden als Privatbesitz betrachtet, in dem sich die Zeugungskraft der Eltern und die von denen ererbten Eigenschaften widerspiegeln.“ (vgl. SHERWIN 1993, 230). Die Kinder würden zunehmend für Elterninteressen funktionalisiert.

⁵¹⁴ Auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Adoption von Säuglingen in Deutschland nur für wenige möglich ist und insbesondere für Paare, bei denen mindestens ein Partner von einer Behinderung oder chronischen Erkrankung betroffen ist, deutlich erschwert ist, finde ich es bemerkenswert, dass in der Studie von RICHTER et al. diese Option des Zusammenlebens mit Kindern nur für 3,1% der „Hochrisikopaare“ die wahrscheinlichste Möglichkeit des Umgangs mit dem Kinderwunsch darstellte (vgl. RICHTER et al. 2003, 86f.). Auffällig ist, dass in der öffentlichen Debatte zwar die Durchführung einer PGD bei diesen Paaren diskutiert wird, nicht aber deren Gleichstellung in Adoptionsverfahren.

drückung verstärkt würden, die die Lebensmöglichkeiten von Frauen als Gruppe einschränken. Unter dem Gesichtspunkt ihres kollektiven Urteilsmodus wäre darum die Einführung der PGD nicht zu befürworten.

3.3.1.2 Konsequenzen der Präimplantationsdiagnostik für den Lebenskontext von Menschen mit Behinderungen

Die Präimplantationsdiagnostik dient dazu, Embryonen mit einer bestimmten genetisch bedingten Behinderung oder chronischen Erkrankung zu identifizieren und vom Embryonentransfer und der Implantation auszuschließen. Als Argument gegen die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland wird in der Diskussion sowohl von Vertreterinnen und Vertretern von Behindertenverbänden als auch von verschiedenen Ethikerinnen und Ethikern die Sorge um eine zunehmende Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen als Folge der PGD angeführt.⁵¹⁵ Die Zunahme der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen als Gruppe wird auf zwei Wegen befürchtet: 1. als gesellschaftliche Entsolidarisierung gegenüber bereits geborenen Menschen mit Behinderungen⁵¹⁶ und 2. als verstärkter Druck auf Frauen mit Kinderwunsch zur Produktion nichtbehinderten Nachwuchses.⁵¹⁷

Eine gesellschaftliche Entsolidarisierung könnte nach KING aufgrund der defizitorientierten Beschreibung der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen im Rahmen von Präimplantationsdiagnostik (aber auch der Pränataldiagnostik) erfolgen.⁵¹⁸ Um die Selektion von Embryonen bei der PGD zu rechtfertigen, wird der Fokus der Aufmerksamkeit auf das Leiden sowohl der zukünftigen Kinder mit einer bestimmten genetischen Disposition als auch ihrer Eltern gelegt. Die positiven Lebensmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Behinderungen werden in der Öffentlichkeit kaum beachtet. Leben mit einer Behinderung als einer selbstverständlichen Form von Pluralität von Lebensweisen wird nicht gesehen. Das soll nicht heißen, dass jede genetische Disposition eine zu begrüßende Form genetischer Vielfalt darstellt. Die PGD ist für eine Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen möglich: Spinale Muskelatrophie Typ Werdnig-Hoffmann, Tay-Sachs-Erkrankung, Lesh-Nyhan-Syndrom,

⁵¹⁵ Vgl. KOLLEK 2000, 151-170; GRAUMANN 1999, 119; SÈLE/TESTART 1999, 169-173; KING 1999, 176-181; NEWELL 1999, 172f.

⁵¹⁶ Vgl. GILLAM 1999, 163f.

⁵¹⁷ Vgl. KOLLEK 2000, 169.

⁵¹⁸ Vgl. KING 1999, 178.

Cystische Fibrose, Chorea Huntington, Gaucher-Krankheit, Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung, Muskeldystrophie Typ Duchenne, Hämophilie, Thalassämie, Marfan-Syndrom, Sichelzellanämie, Glucogenosen (siehe 3.1.1). Darunter sind Erkrankungen wie die Tay-Sachs-Erkrankung und die Spinale Muskelatrophie Typ Werdnig-Hoffmann, die mit einem sehr schweren Krankheitsverlauf und einer sehr kurzen Lebenserwartung einhergehen. Der Krankheitsverlauf von Erkrankungen wie der Gaucher-Krankheit, Glucogenosen und Hämophilie ist diätetisch oder medikamentös jedoch positiv zu beeinflussen. Erkrankungen wie Cystische Fibrose und Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung sind sehr variabel in ihrer Ausprägung. In Untersuchungen zur Lebensqualität der Betroffenen fanden sich teilweise sehr gute Ergebnisse (siehe 3.2.1.2).⁵¹⁹ Unter den Erkrankungen, die als Indikationen im Zusammenhang mit der Einführung der PGD diskutiert werden, ist bei einem deutlichen Anteil (z.B. der Cystische Fibrose) ein zufriedenes Leben der Betroffenen möglich.⁵²⁰ Lediglich wenige genetische Erkrankungen gehen mit einer extrem kurzen Lebenserwartung, kontinuierlichen Schmerzen oder der Unmöglichkeit einer minimalen Teilhabe am sozialen Leben einher (siehe 3.2.1.2). Durch die Profilierung des Leidensdruckes der Paare im öffentlichen Diskurs wird diese positive Annahme von Behinderung ausgeblendet. Selbst wenn die primäre Intention der Präimplantationsdiagnostik oder Pränataldiagnostik eine Erweiterung der reproduktiven Optionen der Paare und nicht die Stigmatisierung von Behinderung ist, so lässt sich der negative Effekt auf Menschen mit Behinderungen als Gruppe nicht vollständig ausblenden:

„It is apparent that the reality of termination as the standard response to the detection of fetal abnormality is readily interpreted by people with disabilities as an indication that the medical profession, and society at large, think it would be better if babies with disabilities were never born. ... (This opinion) is certainly offensive and demoralising to at least some disabled people.“⁵²¹

Die gesellschaftliche Bereitschaft zur finanziellen Förderung und Integration von Menschen mit Behinderungen könnte sinken, weil die Geburt behinderter Kinder nach Einführung pränataldiagnostischer Möglichkeiten vermeidbar erscheint.

„Before the advent of prenatal diagnosis, the birth of a child with a disability was unpredictable and unavoidable. But with prenatal diagnosis, it is no longer so. The birth of a

⁵¹⁹ Vgl. SZYNDLER et al. 2005, 135-144; VINCI et al. 2005, 922-924.

⁵²⁰ Da die Erkrankungen eine große Varianz aufweisen, können auch bei derselben genetischen Veranlagung verschiedene Familienmitglieder unterschiedlich stark betroffen sein. Die Tatsache, dass ein Kind von einer Erkrankung schwer betroffen ist, bedeutet nicht dass der Krankheitsverlauf anderer Kinder ebenfalls dieselbe Ausprägung haben muss.

⁵²¹ GILLAM 1999, 166.

child with disability now increasingly becomes a matter of conscious choice, since the option to detect and terminate an affected pregnancy is available. ... People with disabilities (...) may come to be seen as accidents that should never have happened. Such a change of attitude, especially if widespread, could lead to increased discrimination against people with disabilities.”⁵²²

Diese negativen psychologischen Effekte sowie eine negativere soziale Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen könnten zu einer stärkeren Ausgrenzung und sinkenden Akzeptanz und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen als Gruppe führen. In der von RICHTER et al. in Deutschland durchgeführten Befragung von Expertengruppen zum Thema Präimplantationsdiagnostik erwarten 58,7% der Befragten durch die Legalisierung der PGD negative Auswirkungen auf den Status von Menschen mit Behinderung und 52,1% negative Auswirkungen auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit.⁵²³

Neben den negativen Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung als Gruppe wird ein zunehmender Druck auf Frauen befürchtet, die PGD anzuwenden und die Geburt behinderter Kinder zu vermeiden. Analog zu Entwicklungen im Bereich der Pränataldiagnostik könnte es nach Einführung der Präimplantationsdiagnostik zu einer Erweiterung der Indikationsstellung und damit zu einer deutlichen zahlenmäßigen Ausweitung ihrer Durchführung kommen.⁵²⁴ Bereits mit Einführung der Amniozentese und der Chorionzottenbiopsie wurde es möglich, Feten mit einer genetischen Erkrankung während der Schwangerschaft zu erkennen und selektiv abzutreiben. Als Zielgruppe dieser beiden Techniken wurde bei ihrer Einführung zunächst Frauen bzw. Paare benannt, die ein bekanntes hohes Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung besitzen. Seit ihrer Einführung sind die Indikationen für eine Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie erweitert worden⁵²⁵ und ihre jährliche Anzahl ist gestiegen.⁵²⁶ Die

⁵²² GILLAM 1999, 165.

⁵²³ Vgl. RICHTER et al. 2005, 138ff. Innerhalb der Expertengruppen erwarten Hebammen durch die Legalisierung der PGD am häufigsten negative Auswirkungen auf den Status von Menschen mit Behinderungen (80,6%), gefolgt von Ethikern (60,7%) und Pädiatern (53,0%). Gynäkologen (59,2%) und Humangenetiker (60,6%) erwarten mehrheitlich durch die Legalisierung der PGD keine Auswirkungen auf den Status von Menschen mit Behinderung.

⁵²⁴ Statt der in Deutschland diskutierten Einführung der PGD für Paare mit einem hohen Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung könnte die PGD zusätzlich als Aneuploidiescreening im Rahmen der IVF und ICSI, als Screening für genetische Prädispositionen für bestimmte Erkrankungen (Fettleibigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) und zur Geschlechtswahl eingesetzt werden (siehe 3.1.1).

⁵²⁵ Die Indikation familiäre Vorbelastung wurde um die Altersindikation (generelle Empfehlung einer Amniozentese für Schwangere ab 35 Jahren) sowie in der Praxis auch um die Indikation der subjektiven Angst vor einem behinderten Kind ohne erhöhtes Vererbungsrisiko erweitert. In Studie von RICHTER et al. zeigt sich, dass von den Frauen ohne erhöhtes genetisches Risiko, die eine Pränataldiagnostik haben durchführen lassen, die Mehrheit unter 35 Jahren war und als wichtigsten Grund für die Durchführung der

Geburt eines behinderten Kindes erscheint seit der Einführung der Pränataldiagnostik vermeidbar und eine Studie von MARTEAU und DRAKE zeigt, dass innerhalb der Bevölkerung in Deutschland Frauen eine deutliche Verantwortung und Schuld an der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom zugeschrieben wird, wenn sie zuvor die Durchführung einer Pränataldiagnostik abgelehnt haben.⁵²⁷ In einer weiteren Studie stimmten 61,5% der erwerbstätigen deutschen Bevölkerung der Aussage zu: „Personen mit einem hohen Risiko für schwere Fehlbildungen sollten keine Kinder bekommen, es sei denn, sie machen Gebrauch von der pränatalen Diagnose und dem selektiven Schwangerschaftsabbruch“.⁵²⁸ Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund sowie aufgrund der realen Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen in sozialer, beruflicher und finanzieller Hinsicht halten KING und KOLLEK eine gleichwertige Entscheidung für oder gegen ein Kind mit einer Behinderung in unserer Gesellschaft nicht für möglich. Die aktuelle Form der Pränataldiagnostik zeige insofern eine diskriminierende Tendenz gegenüber Menschen mit Behinderungen, als sie implizit auf deren Reduzierung ausgerichtet sei.⁵²⁹ Nach KOLLEK und GRAUMANN entsteht so eine neue Form der Eugenik, die sich nicht durch staatliche Regulation, sondern über Einzelentscheidungen der Frauen bzw. Paare vollziehe.⁵³⁰ Diese Einzelentscheidungen seien mitgeprägt durch gesellschaftliche Normvorstellungen.

„Die gesellschaftliche Wirklichkeit ist die ‚Matrix‘ oder das ‚Feld‘, innerhalb derer einzelne Menschen ihr Wissen über die Wirklichkeit erlangen, ihre Überzeugungen und Meinungen ausbilden, Entscheidungen treffen und handeln. Das bedeutet, dass einzelne, selbstbestimmt getroffene Entscheidungen von gesellschaftlichen Werten, Normen und Rollenerwartungen geprägt sind. Gleichzeitig wirken die Überzeugungen, Haltungen, Meinungen, Entscheidungen und Handlungen der einzelnen Menschen auf die gesellschaftliche Wirklichkeit zurück. Das heißt, dass der einzelne Mensch an der Veränderung und Weiterentwicklung der sozialen Wirklichkeit beteiligt ist. Die soziale Wirk-

PND „Auf Nummer sicher gehen“ und „Angst vor Behinderung des Kindes“ (61,5%) angaben (vgl. RICHTER et al. 2003, 63f.).

⁵²⁶ Allein in Westdeutschland hat sich die Anzahl der Amniozentesen im Zeitraum von 1990-1998 von 28.098 auf 58.111 nahezu verdoppelt (vgl. FEUERSTEIN/KOLLEK/UHLEMANN 2002, 47-52).

⁵²⁷ Vgl. MARTEAU/DRAKE 1995, 1127. Im Rahmen dieser Studie wurden in Deutschland, Portugal und Großbritannien unterschiedlichen Personengruppen (Genetikerinnen und Genetikern, schwangeren Frauen und der Allgemeinbevölkerung) zwei Fallbeispiele vorgelegt, in denen eine Frau mit 38 Jahren ein Kind mit Down-Syndrom bekommt. Im ersten Fallbeispiel lehnt die Frau die Durchführung einer Pränataldiagnostik ab, im zweiten Fallbeispiel wurde sie über die Möglichkeit einer solchen Diagnostik nicht aufgeklärt. Anschließend wurde nach dem Ausmaß der Kontrolle und der Verantwortung der Frau sowie der Ärzte für den Ausgang der Schwangerschaft gefragt. Die Zuschreibung von Verantwortung und Schuld gegenüber der Frau für die Geburt des Kindes hing im Wesentlichen von der Durchführung einer Pränataldiagnostik ab. Auffällig war, dass Genetikerinnen und Genetiker der Frau eine deutlich geringere Verantwortung und Schuld zuschrieben als die Allgemeinbevölkerung und die schwangeren Frauen.

⁵²⁸ Vgl. NIPPERT 1998, 167.

⁵²⁹ Vgl. KING 1999, 176-181; KOLLEK 2000, 170.

⁵³⁰ Vgl. GRAUMANN 1999, 119; KOLLEK 2000, 155-166.

lichkeit ist veränderbar und ständig in Veränderung begriffen – und dies geschieht einerseits mehr oder weniger unbewusst und unwillkürlich, wird aber andererseits von einzelnen Akteuren intentional beeinflusst. ...

Mit Argumenten, die auf dem soziokulturellen Verständnis von ‚Eugenik‘ basieren, wird der gesellschaftliche Wertewandel problematisiert, der sich einerseits in einem zunehmenden Perfektionsdruck äußert, dem sich werdende Eltern ausgesetzt sehen und andererseits zu einer zunehmenden Stigmatisierung und Diskriminierung von chronisch Kranken und Behinderten führt.⁵³¹

Zu fragen ist nun, inwieweit mit der Einführung der Präimplantationsdiagnostik diese Tendenz verstärkt würde und ob sich bei den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern der PGD behindertenfeindliche Einstellungen nachweisen lassen. Die Einführung der PGD wird in Deutschland zunächst für Paare mit dem erhöhten Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Behinderung oder Erkrankung diskutiert. Diese sind bereits ohne Einführung der Präimplantationsdiagnostik den zuvor beschriebenen gesellschaftlichen Normvorstellungen und Erwartungen bezüglich der Geburt behinderter Kinder ausgesetzt. Wie eine Studie von RICHTER et al. zeigt, sind ihre Entscheidungen für eine PGD oder PND nicht primär von einer negativen Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen geprägt. In der Gruppe der Paare mit genetischem Risiko, die sich für eine PGD entscheiden würden, fiel im Gegensatz zur Kontrollgruppe keine höhere Distanz zu Menschen mit Körperbehinderungen auf.⁵³² Ihre reproduktiven Entscheidungen waren stärker von der eigenen reproduktiven Geschichte und dem individuellen Erleben der Betroffenheit von Familienmitgliedern abhängig.⁵³³ Eine andere Situation ergäbe sich jedoch, wenn die PGD für Indikationen wie das Aneuploidiescreening im Rahmen der IVF oder ICSI zugelassen würde. Die Entscheidung für oder gegen eine PGD wäre bei diesen Paaren mehrheitlich nicht durch Erfahrungen mit konkreten Menschen mit Behinderungen bestimmt. Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen könnten hier einen größeren Einfluss auf die Entscheidung gewinnen. Das Problem würde sich weiter verschärfen, wenn die genetische Diagnostik zur Erkennung von Prädispositionen für Adipositas, Herz-Kreislauf-, Tumor- und anderen Erkrankungen weiterentwickelt wird.⁵³⁴ Dann wäre die PGD für zahlenmäßig viel größere

⁵³¹ GRAUMANN 2001, 218.

⁵³² Vgl. RICHTER et al. 2003, 213-221. Die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen wurde mittels der EKB (Einstellung zu Körperbehinderten) Skala gemessen. Die EKB-Skala ist im deutschsprachigen Raum die einzige nach testanalytischen Kriterien konstruierte Skala zur Messung der Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen.

⁵³³ Vgl. RICHTER et al. 2003, 163f.

⁵³⁴ In der von RICHTER et al. in Deutschland durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung gaben 36,2% der Befragten an, eine PGD durchführen zu lassen, um eine hohe Disposition für Krebs im Erwachsenenalter auszuschließen. 11,1% würden mit einer PGD Übergewicht ausschließen, 9,0% Homo-

Bevölkerungsgruppen eine reproduktive Option. Angesichts der stattgefundenen Entwicklung der PND in Deutschland und angesichts der internationalen Entwicklung der Indikationsstellung der PGD (siehe 3.1.1) erscheint die Ausweitung der PGD auf Bevölkerungsgruppen außerhalb der so genannten „Hochrisikopaare“ wahrscheinlich.⁵³⁵ Erstaunlicherweise gaben in der Studie von RICHTER et al. in der Kontrollgruppe der Paare ohne erhöhtes genetisches Risiko 1,6% der Personen die Durchführung einer PGD als wahrscheinlichste reproduktive Präferenz an. Unter den Personen, deren wahrscheinlichste Präferenz eine Schwangerschaft mit PND war, gaben 31,1% die PGD als zweitwahrscheinlichste Präferenz an. Die Personen in der Kontrollgruppe, die die Durchführung einer PGD in Erwägung zogen, fielen durch eine höhere Distanz zu körperbehinderten Menschen auf. 143/198 Befragte in der Kontrollgruppe gaben als Vorteil der PGD die Reduktion von Erbkrankheiten in der Bevölkerung an.⁵³⁶ Diese Ergebnisse zeigen, dass sich in der Allgemeinbevölkerung mit Einführung der PGD eine Tendenz zur Ausweitung ihrer Anwendung ausbilden könnte, die mit einer negativeren Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderungen einhergehen könnte.⁵³⁷ Insofern könnte der Druck auf Frauen verstärkt werden, diese Technik anzuwenden und die Geburt behinderter Kinder zu vermeiden.

Die Präimplantationsdiagnostik bedeutet im Vergleich mit der Pränataldiagnostik eine Verschärfung der selektiven Möglichkeiten.⁵³⁸ Bei der PND wird die Entscheidung für oder gegen einen Feten im Rahmen einer bestehenden Schwangerschaft getroffen, die bereits durch eine bestehende emotionale Beziehung der Fürsorge zwischen Mutter und Fetus gekennzeichnet ist. Die Entscheidung wird von der Frau bzw. dem Paar getroffen.⁵³⁹ Der selektive Schwangerschaftsabbruch nach PND bedeutet für die betroffenen Frauen eine hohe emotionale Belastung und wird nur begrenzt wiederholt werden. Bei der PGD steht jedoch eine deutlich größere Anzahl an Embryonen zur

sexualität, 14,1% geminderte Intelligenz und 4,5% würden eine Geschlechtswahl ohne Krankheitsbezug treffen (vgl. RICHTER et al. 2005, 103). In der Bevölkerung lassen sich deutliche Nutzungsinteressen für die PGD jenseits der Indikation des Risikos der Vererbung einer schwerwiegenden genetisch bedingten Behinderung oder Erkrankung finden.

⁵³⁵ Vgl. PETERSEN 2005, 232f. Aufgrund der Risiken und Unannehmlichkeiten der IVF bzw. ICSI wird die Ausweitung der PGD bei fertilen Paaren jedoch begrenzt bleiben.

⁵³⁶ Vgl. RICHTER et al. 2003, 194ff.

⁵³⁷ Falsche Erwartungen im Hinblick auf die PGD in der Allgemeinbevölkerung könnten eine solche Tendenz noch verstärken. So überschätzen 50% der befragten Allgemeinbevölkerung in einer Studie von MEISTER et al. den realen Umfang der diagnostischen Möglichkeiten der PGD (vgl. MEISTER et al. 2005, 236).

⁵³⁸ Vgl. KOLLEK 2000, 165; KING 1999, 179f.; SÈLE/TESTART 1999, 173.

⁵³⁹ Vgl. HAKER 2002, 225-232.

Auswahl. Dies macht die Selektion der Embryonen auch hinsichtlich genetischer Veränderungen mit einem geringen Krankheitswert möglich.⁵⁴⁰ Die Distanzierung und Objektivierung gegenüber den Embryonen wird durch ihre Situation in vitro gefördert.⁵⁴¹ Im Falle überzähliger Embryonen sind diese potentiell auch für andere Personengruppen verfügbar und für Forschung und gegebenenfalls auch therapeutische Zwecke nutzbar. Die PGD bedeutet gegenüber der PND sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Veränderung der Selektionsmöglichkeiten.

Die strukturelle Analyse im Sinne SHERWINS zeigt, dass mit der Einführung der Präimplantationsdiagnostik negative soziale Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen und der Druck zur Vermeidung der Geburt behinderter Kinder zunehmen könnten. Für Menschen mit Behinderungen als Gruppe würde dieses eine Verstärkung bestehender Strukturen von Dominanz und Unterdrückung bedeuten.

3.3.1.3 Auswirkungen der Präimplantationsdiagnostik auf Strukturen von Dominanz und Unterdrückung

Die strukturbezogene kontextuelle Analyse im Sinne SHERWINS ergibt, dass die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik zwar die reproduktiven Optionen einzelner Frauen erweitern würde. Innerhalb der bestehenden gesellschaftlichen Strukturen und der aktuellen Durchführung der Reproduktionsmedizin würde die PGD aufgrund der öffentlichen Akzentuierung des traditionellen Rollenmusters von Frauen als Mütter und dem Kontrollverlust von Frauen innerhalb des reproduktiven Prozesses die reproduktiven Entfaltungsmöglichkeiten von Frauen als Gruppe beschränken. Sowohl die Kontrolle über die Zugangsvoraussetzungen der PGD, die Durchführung der einzelnen Methodenschritte als auch die letztendliche Kontrolle über Embryonenauswahl und Embryonentransfer unterliegt den Ärztinnen und Ärzten. Die Legalisierung der PGD bedeutet somit für sie einen deutlichen Machtgewinn. Forscherinnen und Forscher erhoffen sich eine Förderung ihrer Interessen, da im Zuge einer Legalisierung der PGD eine Lockerung des ESchG nötig würde (siehe 3.1.2) und Forschung an Embryonen in

⁵⁴⁰ In der von RICHTER et al. in Deutschland durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung war in Bezug auf alle erfragten Indikationen der Anteil derjenigen größer, die eine PGD durchführen lassen würden, als derjenigen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach PND durchführen lassen würden (vgl. RICHTER et al. 2005, 103).

⁵⁴¹ Vgl. HAKER 2002, 232-244.

Deutschland erneut diskutiert und legalisiert werden könnte.⁵⁴² Bestehende Strukturen der Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen werden durch den Kontrollzuwachs von Ärztinnen und Ärzten in reproduktiven Prozessen mit der Einführung der PGD verstärkt.

Die PGD bedeutet eine quantitative und qualitative Verschärfung der Selektionsmöglichkeiten von Embryonen mit bestimmten genetischen Dispositionen. Eine Zunahme des gesellschaftlichen Druckes zur Verhinderung der Geburt behinderter Kinder und eine sinkende Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen sind zu befürchten. Aus der Perspektive der Lebenssituation von Frauen und Menschen mit Behinderungen als Gruppe werden durch die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik bestehende Strukturen der Dominanz und Unterdrückung verstärkt und ihre Marginalisierung wird weiter gestützt. Die strukturbezogene kontextuelle Analyse weist im Hinblick auf SHERWINS Zielkriterium der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit auf eine Ablehnung der Einführung der PGD hin.

3.3.2 Die kontextuelle Analyse der Präimplantationsdiagnostik unter dem Aspekt der Fürsorge für die Betroffenen

SHERWIN betont in ihrer kontextuellen Analyse die strukturbezogenen und relationalen Dimensionen eines ethischen Problems. Die Auswirkungen von Praktiken und Handlungen auf marginalisierte Personengruppen werden im Hinblick auf das Zielkriterium ihrer ethischen Theorie, der Verwirklichung gerechter sozialer Strukturen, beurteilt. SHERWINS Betonung der Eingebundenheit von Individuen in soziale Beziehungen und ihre positive Würdigung der Perspektive der Fürsorge für andere (siehe 2.2.1) machen die Betrachtung der Bedürfnisse und Interessen der konkret Betroffenen zu einem notwendigen Bestandteil einer umfassenden kontextuellen Analyse. Als konkret Betroffene sind im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik sowohl die Frauen bzw. Paare zu nennen, die eine PGD durchführen lassen wollen, als auch die Embryonen, die selektiert werden.

⁵⁴² Vgl. KOLLEK 2000, 172ff.

3.3.2.1 Die individuelle kontextuelle Analyse im Hinblick auf potentielle Nutzerinnen der Präimplantationsdiagnostik

Als eines der Hauptargumente für die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik wird der Leidensdruck der Frauen bzw. Paare angeführt, die einen starken Wunsch nach einem leiblichen Kind sowie das Risiko der Vererbung einer monogenetisch bedingten Behinderung oder chronischen Erkrankung haben und sich das Leben mit einem (weiteren) erkrankten Kind nicht vorstellen können. Die wesentliche reproduktive Alternative stellt für sie das Eingehen einer „Schwangerschaft auf Probe“ und der selektive Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik dar. So würden in einer Untersuchung von HENNEMAN et al. in den Niederlanden 59% der Paare, die Träger eines rezessiven Gens für Mukoviszidose sind, ein erkranktes Kind abtreiben.⁵⁴³ In einer Befragung von KATZ et al. an Paaren mit einem erhöhten genetischen Vererbungsrisiko in Australien gaben 50% der Paare an, die Schwangerschaft im Falle einer genetischen Belastung des Fetus abbrechen zu wollen.⁵⁴⁴ NIPPERT weist darauf hin, dass in ihrer Studie an Frauen in Deutschland mit einem hohen Vererbungsrisiko (=25% oder mehr) für eine monogenetisch bedingte Erkrankung 92,2% der Frauen der Aussage zustimmten: „Wenn es die vorgeburtliche Untersuchung nicht gäbe, hätte ich diese Schwangerschaft nicht gewagt...“.⁵⁴⁵ Die Vermeidung der traumatischen Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruches nach Pränataldiagnostik wird von den betroffenen Frauen bzw. Paaren als einer der Hauptvorteile der PGD empfunden.⁵⁴⁶ Sowohl KATZ et al. als auch BLUMBERG et al. beschreiben die schwerwiegenden emotionalen Folgen eines späten Schwangerschaftsabbruches aufgrund einer zu erwartenden Erkrankung oder Behinderung des Kindes. So fanden BLUMBERG et al. neben Schuldgefühlen und niedrigerem Selbstwertgefühl bei 92% der Frauen und 82% der Männer nach dem Schwangerschaftsabbruch eine Depression. In 32,5% kam es nach dem Schwangerschaftsab-

⁵⁴³ Interessanterweise würden nur 30% der selbst an Mukoviszidose erkrankten Erwachsenen, ein erkranktes Kind abtreiben (vgl. HENNEMAN et al. 2001, 3).

⁵⁴⁴ Vgl. KATZ et al. 2002, 1119.

⁵⁴⁵ Vgl. NIPPERT 2000, 358.

⁵⁴⁶ In der Studie von PALOMBA et al. würden sich 100% der Frauen (Überträgerinnen für Thalassämie), die bereits einen Schwangerschaftsabbruch nach Chorionzottenbiopsie erlebt hatten, für die Durchführung einer PGD entscheiden (vgl. PALOMBA et al. 1994, 361). In einer Befragung von Paaren, die sowohl PND und Schwangerschaftsabbruch als auch PGD selbst erlebt hatten, waren die vergleichenden Einschätzungen der Belastungen durch Schwangerschaftsabbruch und PGD interindividuell sehr unterschiedlich. 40% der Paare empfanden die PGD als weniger belastend, 35% jedoch als belastender als PND und Schwangerschaftsabbruch. Zusammenfassend erklärten allerdings 77% der Paare, dass sie in einer weiteren Schwangerschaft für die Durchführung einer PGD entscheiden würden und nur 15% für die Durchführung einer PND (vgl. LAVERY et al. 2002, 2467).

bruch zu einer Trennung der Partner.⁵⁴⁷ Eine Befragung von Paaren in PGD-Programmen in Großbritannien durch ROBERTS und FRANKLIN ergab, dass nahezu alle Paare entweder Geburten behinderter Kinder oder bereits mehrere Fehlgeburten erlebt hatten. Diese Paare sahen in der PGD die einzige für sie tragbare Möglichkeit, ihren Kinderwunsch zu realisieren. Die Entscheidung für die Durchführung einer PGD war Ergebnis langer Entscheidungsprozesse. In einigen Fällen war der Wunsch ausschlaggebend, einem weiteren Kind eine qualvolle Erkrankung und einen frühen Tod (beispielsweise bei Spinaler Muskelatrophie) ersparen zu wollen.⁵⁴⁸

SHERWIN äußert Mitgefühl für diejenigen Frauen, die einen starken Kinderwunsch verspüren, sich aber das Leben mit einem Kind mit einer bestimmten genetischen Erkrankung nicht vorstellen können, da sie bereits den Tod eines eigenen Kindes oder nahen Familienangehörigen an dieser Erkrankung miterlebt haben. Sie erkennt die starke emotionale Belastung eines Schwangerschaftsabbruches nach Pränataldiagnostik für diese Frauen an.⁵⁴⁹ SHERWIN weist darauf hin, dass die betroffenen Frauen generell ihre reproduktiven Entscheidungen nach sorgfältiger Abwägung ihrer Lebensplanung, ihrer Wünsche, ihrer Gefühle gegenüber den Feten bzw. Embryonen, der Gestaltung ihrer Partnerschaft, den Verpflichtungen gegenüber bereits lebenden Kindern oder den Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen treffen.⁵⁵⁰ Die betroffenen Frauen könnten ihre Möglichkeiten, ihre Werte und ihre sozialen Verpflichtungen am besten überblicken. Gerade aus einer feministischen Perspektive heraus sei es darum notwendig, die betroffenen Frauen als moralische Entscheidungs- und Handlungsträgerinnen ernst zu nehmen und ihnen eine verantwortliche Entscheidung bezüglich ihrer eigenen Reproduktion zu ermöglichen.⁵⁵¹ Unter dem Aspekt der individuellen Fürsorge für die betroffenen Frauen, sei deshalb ihr Wunsch nach Durchführung einer PGD zu unterstützen.

⁵⁴⁷ Vgl. BLUMBERG et al. 1975, 799-808; KATZ et al. 2002; 1118.

⁵⁴⁸ Vgl. ROBERTS/FRANKLIN 2004, 288f.

⁵⁴⁹ Dabei wertet SHERWIN die Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer zu erwartenden Behinderung oder Erkrankung des Kindes zwar als moralisch problematisch, gibt dem Wert der Kontrolle der Frauen über ihre eigene Reproduktion an dieser Stelle den Vorrang. Aus pragmatischen Gründen würde sich die Abtreibung aus dieser Indikation legalisieren. SHERWIN hat ihre Position zur Präimplantationsdiagnostik bislang nicht schriftlich veröffentlicht. Die aufgeführten Argumente und Positionen wurden in einem persönlichen Gespräch mit der Autorin am 18.09.2000 anlässlich der „*Third International Conference of Feminist Approaches to Bioethics*“ in London/Großbritannien geäußert.

⁵⁵⁰ Vgl. SHERWIN 1992, 99.

⁵⁵¹ Vgl. SHERWIN 1992, 102.

Allerdings bedeutet der Aspekt der individuellen Fürsorge nach SHERWINS Meinung auch, die Risiken und Belastungen der Präimplantationsdiagnostik für die betroffenen Frauen deutlich zu benennen und gegen den möglichen Nutzen abzuwägen. Um eine PGD durchführen zu können, müssen sich fertile Frauen einer IVF- bzw. ICSI-Behandlung unterziehen. Diese geht für die Frauen mit den Risiken des ovariellen Hyperstimulationssyndroms, des Narkose- und Komplikationsrisikos bei der Follikelpunktion und der erhöhte Rate an Schwangerschaftskomplikationen aufgrund der erhöhten Rate an Mehrlingsschwangerschaften einher (siehe 3.1.1).⁵⁵² Neben den physischen Risiken bedeutet die Prozedur der PGD auch eine erhebliche emotionale Belastung für die Frauen bzw. Paare. So gaben in einer Untersuchung von LAVERY et al. 41% der Paare, die eine PGD hatten durchführen lassen, an, die Behandlung als sehr belastend empfunden zu haben. 35% empfanden die Behandlung als mäßig belastend.⁵⁵³ Die erhöhte Mehrlingsrate bei IVF und ICSI geht mit einer erhöhten perinatalen Morbidität und Mortalität der Kinder einher, deren Folgen ebenfalls von den Frauen bzw. Paaren mitgetragen werden müssen.⁵⁵⁴ Den Risiken und Belastungen steht die insgesamt relativ niedrige Erfolgsrate der PGD gegenüber. Wie bereits in 3.1.1 ausgeführt führen lediglich 18% der Behandlungszyklen zu einer Schwangerschaft und auch nach mehreren Behandlungszyklen kommt es nur bei 31,5% der Paare zur Geburt eines Kindes. Für die Mehrheit der Frauen bzw. Paare erfüllt sich der Wunsch nach einem leiblichen Kind, bei dem eine bestimmte Behinderung oder Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, mit Hilfe der PGD nicht. In Untersuchungen zu den psychosozialen Auswirkungen von erfolglosen IVF-Behandlungen auf Paare hat sich gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit dem Scheitern des Kinderwunsches trotz Maximaltherapie für die Betroffenen sehr schmerzhaft ist. So litten in einer Studie von BARAM et al. 66% der Frauen nach erfolgloser Behandlung an depressiven Episoden. 94% der Frauen gaben psychosomatische Symptome wie Schlafstörungen, Panikattacken etc. an. 13% der Frauen hatten zeitweilig Suizidgedanken.⁵⁵⁵ SHERWIN kritisiert, dass die Frauen bzw. Paare oft nicht ausreichend über die Risiken und geringen Erfolgsaussichten der reproduktiven

⁵⁵² Andere befürchtete langfristige Nebenwirkungen der IVF und ICSI wie ein erhöhtes Brustkrebsrisiko aufgrund der hormonellen Stimulation konnten in Studien bislang nicht eindeutig belegt werden (vgl. BRAGA et al. 1996, 300).

⁵⁵³ Vgl. LAVERY et al. 2002, 2465.

⁵⁵⁴ Zudem haben Studien von VAN DER VEN et al. und HANSEN et al. eine Erhöhung der Fehlbildungsrate nach ICSI aufgezeigt, was zu einer zusätzlichen Belastung der Paare führen könnte (vgl. VAN DER VEN et al. 2002, 371; HANSEN et al. 2002, 725-730).

⁵⁵⁵ Vgl. BARAM et al. 1988, 185-188.

Behandlungen informiert seien. So zeigte sich in einer Studie von LAVERY et al., dass 59% der Paare, die eine PGD hatten durchführen lassen, die Erfolgsaussichten der PGD erheblich überschätzten.⁵⁵⁶

Die Nutzung der IVF und ICSI bei fertilen Paaren wird von SHERWIN aufgrund der Risiken und geringen Erfolgsaussichten kritisch gesehen. Auch der deutsche Ärztinnenbund spricht sich kritisch gegenüber einer Durchführung der IVF und ICSI bei fertilen Paaren in Rahmen der PGD aus.⁵⁵⁷ KATZ et al. befragten Paare, die aus unterschiedlichen Gründen an PGD-Programmen teilnahmen, ob IVF und ICSI auch bei fertilen Paaren im Rahmen der PGD angewandt werden sollte. Während 80% der Paare mit der Veranlagung zur Vererbung einer monogen bedingten Erkrankung die Durchführung einer IVF und ICSI an fertilen Paaren befürworteten, taten dieses nur 38% der Paare, die die PGD als Aneuploidiescreening im Rahmen einer Infertilitätsbehandlung durchführen ließen. 53% der Paare der Kontrollgruppe, die noch keine Erfahrung mit der IVF oder ICSI hatten, da sie sich noch vor dem ersten Behandlungszyklus befanden, äußerten sich positiv zur Durchführung einer IVF oder ICSI an fertilen Paaren.⁵⁵⁸ Dies zeigt, dass sowohl ein Teil der so genannten Hochrisikopaare als auch die Mehrheit der infertilen Paare die Risiko-Nutzen- bzw. die Kosten-Nutzen-Relation der IVF und ICSI so ungünstig einschätzen, dass deren Durchführung an fertilen Paaren für sie fragwürdig erscheint.

Die Nachteile der IVF und ICSI erklären auch, warum in Studien zu den reproduktiven Präferenzen von so genannten Hochrisikopaaren ein größerer Anteil der Paare eine Schwangerschaft unter der Option der Pränataldiagnostik und des selektiven Schwangerschaftsabbruches als wahrscheinlichste reproduktive Präferenz angab als die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, obwohl die generelle Legalisierung der PGD mit großer Mehrheit befürwortet wird.⁵⁵⁹ In der Studie von RICHTER et al. gaben 33% der Paare als wahrscheinlichste reproduktive Präferenz die Schwangerschaft mit PND an und nur 17% der Paare die PGD.⁵⁶⁰ In der Befragung von SNOWDON und GREEN wählten 46% der Frauen und 50% der Männer die Schwangerschaft mit PND als

⁵⁵⁶ 35% der Befragten schätzten die Erfolgsrate der PGD sogar als über 40% ein (vgl. LAVERY et al. 2002, 2465).

⁵⁵⁷ Vgl. DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND 2001.

⁵⁵⁸ Vgl. KATZ et al. 2002, 1119.

⁵⁵⁹ In der Studie von RICHTER et al. sprachen sich 89% der befragten Hochrisikopaare für die Legalisierung der PGD aus (vgl. KRONES/RICHTER 2004, 632).

⁵⁶⁰ Vgl. RICHTER et al. 2003, 174.

wahrscheinlichste reproduktive Alternative, 28% der Frauen und 23% der Männer die PGD.⁵⁶¹ In der Studie von MIEDZIBROZKA et al. entschieden sich insgesamt 43% der befragten Frauen für eine Schwangerschaft mit PND und 38% der Frauen für eine PGD.⁵⁶² Lediglich in den Studien von PERGAMENT und LAVERY et al., die jedoch eine deutlich geringere Anzahl von Frauen befragten, würden sich eine höhere Anzahl der Frauen für die Durchführung einer PGD als für die Schwangerschaft mit PND entscheiden.⁵⁶³ In der Realität würde die Mehrheit der so genannten Hochrisikopaare voraussichtlich keine Präimplantationsdiagnostik durchführen lassen.

Dennoch gibt es eine Gruppe von betroffenen Frauen bzw. Paaren, die die PGD als die beste reproduktive Option empfinden. Teilweise erscheint die PGD subjektiv sogar als die einzig tragbare Option zur Erfüllung des Kinderwunsches.⁵⁶⁴ Unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge für diese Frauen befürwortet SHERWIN die Einführung der Präimplantationsdiagnostik, sofern eine sorgfältige Aufklärung über Risiken und Beratung bezüglich Alternativen gewährleistet wird.

3.3.2.2 Die individuelle kontextuelle Analyse im Hinblick auf die Embryonen

In der Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland ist der Personenstatus der Embryonen und daraus resultierende Konsequenzen für die Legalisierung der PGD immer wieder Gegenstand kontroverser Auseinandersetzungen. Für SHERWIN spielt der Status von Embryonen in ihren Ausführungen zur ethischen Beurteilung reproduktiver Technologien nur eine untergeordnete Rolle.⁵⁶⁵ In ihrer Diskussion um die Zulässigkeit von Abtreibungen nimmt SHERWIN eine Bestimmung des Personenstatus von Feten und Embryonen vor.⁵⁶⁶ Sie grenzt sich gegen eine Definition des moralischen Status von Personen anhand von ontologischen Kriterien wie Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung, Kommunikationsfähigkeit oder Empfindungsfähigkeit ab. Für sie ist Personalität eine soziale Kategorie.

„Personhood is a social category, not an isolated state. Persons are members of a community, and they should be valued in their concrete, discrete, and different states as specific individuals, and not merely as conceptually undifferentiated entities. To be a

⁵⁶¹ Vgl. SNOWDON/GREEN 1997, 347.

⁵⁶² Vgl. MIEDZIBROZKA et al. 1993, 2195.

⁵⁶³ Vgl. PERGAMENT 1991, 493-500; LAVERY et al. 2002, 2464-2467.

⁵⁶⁴ Vgl. RICHTER et al. 2003, 174; ROBERTS/FRANKLIN 2004, 288.

⁵⁶⁵ Vgl. SHERWIN 1992, 117-136.

⁵⁶⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 108-111.

morally significant category, personhood must involve personality as well as biological integrity.”⁵⁶⁷

SHERWIN orientiert sich an BAIERS Konzept der sozialen Person (*second person*), das die soziale Prägung von Personen durch deren Einbindung in eine Generationenfolge und einen kulturellen Kontext sowie die Angewiesenheit einer Person auf andere Personen und soziale Beziehungen betont.⁵⁶⁸ SHERWIN versteht Personalität als relationales Konzept, das durch die Beziehungsfähigkeit des Menschen begründet ist.⁵⁶⁹ Im Kontext einer bestehenden Schwangerschaft besitzen Embryonen oder Feten für SHERWIN lediglich eine eingeschränkte Personalität, da sie über eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit verfügen. Ein Embryo oder Fetus könne lediglich mit einer Person, der schwangeren Frau, eine direkte Beziehung eingehen. Die Beziehung sei zudem asymmetrisch, weil Embryonen und Feten einen sehr eingeschränkten Gestaltungsspielraum innerhalb dieser Beziehung haben. Durch den einzigartigen physischen Status eines Embryo oder Feten, die totale Abhängigkeit von einer einzigen spezifischen Person, erhielten sie einen einzigartigen sozialen Status.⁵⁷⁰ Sie besäßen keinen eigenständigen Personenstatus, sondern seien von den Wertzuschreibungen durch ihre primäre Bindungsperson abhängig.

„Nevertheless, fetuses are not persons, because they have not developed sufficiently in their capacity for social relationships to be persons in a morally significant sense (that is, they are not yet second persons). In this way they differ from newborns, who immediately begin to develop into persons by virtue of their place as subjects in human relationships; newborns are capable of some forms of communication and response. The moral status of fetuses is determined by the nature of their primary relationship and the value that is created there.”⁵⁷¹

Dies bedeute nicht, dass Embryonen oder Feten kein eigenständiger Wert zukomme. Aufgrund der mütterlichen Wertzuschreibungen und aufgrund des sich entwickelnden Potentials zur Beziehungsfähigkeit verbiete sich eine beliebige Instrumentalisierung von Embryonen oder Feten. Ihnen komme im Vergleich zu geborenen Menschen jedoch ein verminderter Personenstatus mit eingeschränkten moralischen Rechten zu.⁵⁷²

Die von SHERWIN vorgenommene Definition des Status des Embryos wirft meines Erachtens eine Reihe von Problemen auf. Während es im Kontext der Abtreibungs-

⁵⁶⁷ SHERWIN 1992, 109.

⁵⁶⁸ Vgl. BAIER 1985, 84f.

⁵⁶⁹ Vgl. SHERWIN 1992, 110.

⁵⁷⁰ Vgl. SHERWIN 1992, 110.

⁵⁷¹ SHERWIN 1992, 111.

⁵⁷² Vgl. SHERWIN 1992, 111.

diskussion durchaus zutreffend ist, dass Embryonen und Feten nur mit einer spezifischen Person eine direkte Beziehung eingehen können und für ihre weitere Entwicklung alleinig von der Unterstützung dieser Person abhängen, so ist es im Kontext der PGD jedenfalls theoretisch möglich, die Embryonen auch in den Körper einer anderen Frau (als derjenigen, von der die Eizellen entnommen wurden) zu transferieren. Ob diese Erweiterung der potentiellen Beziehungsmöglichkeiten eine Aufwertung des Personenstatus und eine Erweiterung der moralischen Rechte dieser Embryonen bedeuten würde, bleibt in SHERWINS Konzept völlig unklar. Wird der Personenstatus, wie bei SHERWIN, durch die aktuellen Beziehungsmöglichkeiten begründet, so stellt sich auch hinsichtlich anderer Menschen mit eingeschränkten Beziehungsmöglichkeiten die Frage nach der Zuordnung von Personenstatus und moralischen Rechten, beispielsweise bei komatösen Patientinnen und Patienten.⁵⁷³ So sehr ich SHERWINS Ansatz befürworte, Personalität als ein relationales Konzept zu verstehen und die Realisierung personaler Eigenschaften in sozialen Beziehungen zu betonen, so kritisch sehe ich die alleinige Begründung des Personenstatus in der Beziehungsfähigkeit. Letztendlich impliziert die Begründung des Personenstatus durch aktualisierte Fähigkeiten und Möglichkeiten immer die Konsequenz, zwischen Menschen mit Personenstatus und Menschen ohne Personenstatus zu unterscheiden, und ist meiner Ansicht nach unbefriedigend. Die Wertzuschreibung und die Verfügungsmacht über den Umgang mit den Embryonen und Feten fällt in SHERWINS Konzept der Frau zu. Im Kontext der Abtreibung, in dem eine einzigartige körperliche Verbundenheit zwischen Frau und Embryo bzw. Fetus besteht, ist diese Zuordnung verständlich. Im Rahmen der PGD können jedoch gegenüber den Embryonen Nutzungsinteressen Dritter entweder zu Forschungszwecken oder zu Reproduktionszwecken entstehen. Die Verfügbarkeit der Embryonen für diese Zwecke sollte nicht allein aufgrund der Wertzuschreibung und den individuellen Interessen der Frau entschieden werden. Auch wenn einzelne betroffene Frauen mit solchen Nutzungsinteressen von Embryonen einverstanden wären, sollte über ihre grundsätzliche Legitimität gesamtgesellschaftlich entschieden werden.

Für den Kontext der Präimplantationsdiagnostik lässt sich aus SHERWINS Konzept von Personalität schlussfolgern, dass frühen Embryonen aufgrund ihrer verminderten sozialen Beziehungsfähigkeit ein eingeschränkter Personenstatus zukommt. Die mora-

⁵⁷³ Zwar können unterschiedliche Personen zu Menschen im Koma Beziehungen aufnehmen, der Gestaltungsspielraum der komatösen Patientinnen und Patienten innerhalb der Beziehungen ist jedoch sehr begrenzt.

lischen Rechte der Embryonen sind gegenüber bereits geborenen Menschen eingeschränkt. Aufgrund der besonderen Beziehung zwischen der Frau, von der die Eizellen entnommen wurden, und den Embryonen stünde der Frau die primäre Entscheidung über den Umgang mit den Embryonen zu. Sofern Frauen eine Selektion der Embryonen im Rahmen der PGD wünschen, wäre im Sinne SHERWINS aus der Perspektive der Fürsorge für konkret Betroffene eine Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik zu vertreten.

3.3.3 Präimplantationsdiagnostik im Spannungsfeld zwischen der Perspektive sozialer Gerechtigkeit und der Fürsorge für individuell betroffene Frauen

Aus der kontextuellen Analyse der Präimplantationsdiagnostik im Sinne SHERWINS ergibt sich eine Spannung zwischen Ablehnung und Befürwortung ihrer Legalisierung. Die strukturbezogene kontextuelle Analyse nach SHERWIN hat gezeigt, dass die PGD für Frauen als Gruppe eine Fixierung auf traditionelle Rollenmuster von Frauen als Mütter und einen Kontrollverlust innerhalb des reproduktiven Prozesses bedeutet. Für Ärztinnen und Ärzte ergäbe sich ein deutlicher Machtgewinn. Bestehende Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen würden weiter verstärkt (siehe 3.3.1.1). Die PGD stellt eine quantitative und qualitative Verschärfung der Selektionsmöglichkeiten von Embryonen mit bestimmten genetischen Dispositionen dar. Eine Verschlechterung des Status von Menschen mit Behinderungen könnte sich durch gesellschaftliche Entsolidarisierung und Zunahme des Druckes zur Verhinderung der Geburt behinderter Kinder entwickeln (siehe 3.3.1.2). Im Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen und Menschen mit Behinderungen als Gruppe würden durch die PGD bestehende Strukturen der Dominanz und Unterdrückung verstärkt und ihre Marginalisierung weiter gestützt. Die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik wäre unter dem Zielkriterium der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit abzulehnen (siehe 3.3.1.3).

Unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge für die individuell Betroffenen ergäbe sich im Sinne SHERWINS eine Befürwortung der PGD. SHERWIN empfindet Mitgefühl für diejenigen Frauen, die ein erhöhtes Risiko zur Vererbung einer monogen bedingten Behin-

derung oder Erkrankung haben, unter ihrer ungewollten Kinderlosigkeit leiden und die Belastung eines Schwangerschaftsabbruches nicht auf sich nehmen wollen. Die verantwortlich getroffene Entscheidung dieser Frauen, die sich nach sorgfältiger Abwägung ihrer Wünsche, Verpflichtungen und sozialen Beziehungen, der Risiken und der Belastungen für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik entscheiden wollen, ist nach SHERWIN zu unterstützen (siehe 3.3.2.1).

In der Abwägung der strukturellen und der individuellen kontextuellen Analyse gibt SHERWIN sowohl in ihren schriftlichen Positionen zur assistierten Reproduktion als auch in einem persönlichen Gespräch mit der Autorin dem Aspekt der Fürsorge für individuell betroffene Frauen den Vorrang. Sie befürwortet insgesamt die Einführung der Präimplantationsdiagnostik.⁵⁷⁴ Dies erscheint zunächst erstaunlich, da SHERWIN in ihrer ethischen Theoriebildung die strukturbezogene Ebene der kontextuellen Analyse so stark betont (siehe 2.2.2).⁵⁷⁵ Auf einzelne Individuen ausgerichtete Ansätze einer Fürsorgeethik wie die Care-Ethik von CAROL GILLIGAN kritisiert sie als unzureichend (siehe 2.2.1).

Feministischen Ethikerinnen im deutschen Kontext wie KOLLEK, GRAUMANN und HAKER nehmen mehrheitlich eine andere Position als SHERWIN ein und lehnen die Legalisierung der PGD ab. KOLLEK beurteilt in ihrer ethischen Analyse sowohl die individuellen Aspekte der PGD wie gesundheitliche Risiken der IVF und ICSI für die betroffenen Frauen und die Verletzung der Schutzrechte der Embryonen als auch die strukturbezogenen Aspekte der Entstehung neuer Handlungszwänge, der Ausweitung der Indikationen und der Wegbereitung für Embryonenforschung und Keimbahneingriffe als so negativ, dass sie den möglichen Nutzen für die so genannten Hoch-

⁵⁷⁴ Vgl. SHERWIN 1987, 280; SHERWIN 1993, 233; Gespräch mit der Autorin am 18.09.2000 im Rahmen der „Third International Conference of Feminist Approaches to Bioethics“ in London/Großbritannien.

⁵⁷⁵ Im Vergleich von SHERWINS Texten zu reproduktionsmedizinischen Themen fällt auf, dass eine zunehmende Verschiebung von einem individuellen hin zu einem kollektiven Urteilsmodus zu verzeichnen ist. In ihren früheren Texten zur Abtreibung betont SHERWIN das Prinzip des Respekts vor Autonomie noch stark und wertet das reproduktive Selbstbestimmungsrecht der Frauen als höchstes Prinzip (vgl. SHERWIN 1981, 34). In ihren späteren Texten zur Abtreibung spielen strukturbezogene Aspekte wie die strukturell bedingte geringere Kontrolle von Frauen im Bereich Sexualität und Reproduktion, mögliche ökonomische Zwänge als Begründung der Abtreibung und Forderungen nach größerer gesellschaftlicher Unterstützung für Frauen, die mit Kindern leben wollen bzw. leben, eine größere Rolle (vgl. SHERWIN 1992, 99-116). Auch ihre späteren Texte zur assistierten Reproduktion sind geprägt von strukturbezogenen Erwägungen wie der Festschreibung von traditionellen Rollenerwartungen an Frauen, der Prägung von individuellen Reproduktionsentscheidungen durch gesellschaftliche Normen, den gesellschaftlichen Konsequenzen der individuellen Selektionsentscheidungen und der Verstärkung bestehender Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen (vgl. SHERWIN 1992, 117-136).

risikopaare überwiegen.⁵⁷⁶ GRAUMANN führt gegen die Legalisierung der PGD die strukturbezogenen Argumente der möglichen Zunahme der Stigmatisierung und Diskriminierung chronisch kranker und behinderter Menschen und die Entstehung neuer Handlungszwänge an und das individuumsbezogene Argument des Schutzanspruches der Embryonen.⁵⁷⁷ HAKER lehnt die Legalisierung der PGD aufgrund von strukturbezogenen Argumenten wie der Verschiebung der Entscheidungsmacht in reproduktiven Prozessen von den Frauen hin zu den Ärztinnen und Ärzten und der qualitativen und quantitativen Verschärfung der Selektion ab. Gleichzeitig gewichtet sie auf der individuellen Ebene das Recht auf Wohlergehen der Embryonen stärker als den Anspruch der Frauen bzw. Paare auf Fürsorge und Unterstützung zur Verwirklichung des Wunsches nach einem genetisch eigenen, gesunden Kind.⁵⁷⁸ Den Positionen von KOLLEK, GRAUMANN und HAKER ist gemeinsam, dass auf der individuellen Ebene die konkurrierenden Rechten der Frauen und frühen Embryonen anders gewichtet werden als bei SHERWIN. Während für SHERWIN die Schutzrechte der Embryonen aufgrund ihres eingeschränkten Personenstatus hinter den Interessen und Rechten der Frauen zurücktreten, werten KOLLEK, GRAUMANN und HAKER übereinstimmend die Selektion und Vernichtung von frühen Embryonen als Verletzung ihrer Schutzrechte und als schwerwiegendes Argument gegen die PGD. Für die Mehrheit der feministischen Ethikerinnen im deutschen Kontext sprechen sowohl die erwarteten negativen Folgen der PGD auf der strukturellen Ebene als auch die Fürsorgepflicht gegenüber den frühen Embryonen auf der individuellen Ebene gegen die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik. Viele Organisationen in Deutschland, die im Bereich der frauenorientierten Gesundheitsversorgung tätig sind, wie der Deutsche Ärztinnenbund, der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.) und ReproKult (Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin) lehnen die Legalisierung der PGD ab.⁵⁷⁹ Es gibt im deutschen Kontext jedoch auch feministische Ethikerinnen, die sich

SHERWINS strukturbezogene Beurteilung der assistierten Reproduktion ergibt zusammenfassend eine negative Bilanz.

⁵⁷⁶ Vgl. KOLLEK 2000, 217-232; KOLLEK 1999, S122-S124.

⁵⁷⁷ Vgl. GRAUMANN 2001, 215-218; GRAUMANN 1998, 407-410.

⁵⁷⁸ Vgl. HAKER 2002, 156-165.187-223.233-242.308.

⁵⁷⁹ „Nach der Stellungnahme seines Ausschusses für Ethikfragen lehnt der Deutsche Ärztinnenbund in einer heute in Köln veröffentlichten Stellungnahme die Einführung der Präimplantationsdiagnostik (PID oder eng.: PGD) ab.“ (Deutscher Ärztinnenbund 2001).

„Der AKF lehnt die Einführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) ab.“ (AKF 2002).

„Die PID ist mit Gefahren für die betroffene Frau und für das zukünftige Kind sowie mit ausgesprochen problematischen gesellschaftlichen Folgen verbunden. Auch aus feministischer Perspektive ist der Preis

wie SHERWIN für die Einführung der PGD aussprechen. So weist KRONES darauf hin, dass aus einer feministischen Perspektive die Frau als zentrale Akteurin von Fortpflanzungsentscheidungen in den Mittelpunkt gerückt werden müsse. Die Entscheidung für die Nutzung der Reproduktionsmedizin müsste als aus dem individuellen Kontext heraus getroffene Entscheidung ernst genommen werden. Frauen dürften nicht gezwungen werden, Kinder bzw. behinderte Kinder gegen ihren ausdrücklichen Willen zu bekommen. „Entscheidend ist es, Frauen wie Männern umfassend und möglichst vielfältig die Informationen als auch die Ressourcen zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen, um ihre Reproduktionsentscheidungen in ihrem eigenen Sinne verantwortlich treffen zu können.“⁵⁸⁰

SHERWIN selbst begründet ihre Befürwortung der Präimplantationsdiagnostik mit der Fürsorge für die individuell betroffenen Frauen. Deren ethische Urteilsfähigkeit und deren verantwortlich getroffene Entscheidung für die Durchführung einer PGD möchte sie anerkennen und unterstützen. SHERWINS Unbehagen angesichts der negativen Folgen der PGD, die sich aus ihrer strukturbezogenen kontextuellen Analyse ergeben, bleibt dennoch bestehen. Dies begründet für sie nicht, die Einführung der PGD grundsätzlich abzulehnen. Ihrer Ansicht nach ist es nicht gerechtfertigt, die Verantwortung für die Veränderung von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung den individuell betroffenen Frauen allein in Form von Nutzungsverböten von Techniken aufzubürden. Die notwendigen strukturellen Veränderungen hin zu mehr sozialer Gerechtigkeit stellen für SHERWIN vielmehr ein kollektives gesellschaftliches Projekt dar.⁵⁸¹ Aus ihrem ethischen Ansatz lassen sich in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik folgende Problemfelder und Vorschläge zur Veränderung von Strukturen von Dominanz und Unterdrückung ableiten.

Aktuell besteht in Deutschland hinsichtlich der Entscheidungsgewalt über Zulassungsvoraussetzungen zu und Durchführung der assistierten Reproduktion ein Machtgefälle zwischen Ärztinnen und Ärzten und den Patientinnen. Die Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion werden von der Bundesärztekammer erstellt. SHERWIN spricht sich in ihrem ethischen Ansatz für eine stärkere Beteiligung der Betroffenen sowohl auf der Ebene der Richtlinienarbeit als auch der Ebene der

zu hoch, den Kinderwunsch einer Frau oder eines Paares durch PID zu erfüllen. Deshalb fordern wir ein klares rechtliches Verbot der PID.“ (Reprokult 2002, 136).

⁵⁸⁰ KRONES 2006, 21.

⁵⁸¹ Vgl. SHERWIN 1993, 233.

konkreten Durchführung von Diagnostiken und Therapien aus.⁵⁸² Demzufolge wären in der Festlegung von Indikationen, Behandlungsoptionen und Durchführung einzelner Therapieschritte der PGD potentielle Nutzerinnen und Vertreterinnen und Vertreter von Behindertenverbänden zu beteiligen.⁵⁸³ Dies könnte, wie von HAKER und KOLLEK gefordert, realisiert werden, indem eine zentrale Institution zur Qualitätskontrolle und wissenschaftlichen Aufarbeitung der Durchführung der PGD etabliert wird.⁵⁸⁴ Eine solche Institution könnte ähnlich dem Beispiel der britischen *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HFEA) gestaltet sein.⁵⁸⁵ Entscheidungen wären durch eine interdisziplinäre Kommission zu treffen, die aus Mitgliedern aus Reproduktionsmedizin, Humangenetik, Beratungsstellen, aber auch Pflegepersonal, Hebammen, potentiellen Nutzerinnen und Vertreterinnen und Vertreter von Behindertenverbänden bestehen sollte. Die Ansiedlung einer solchen Kommission bzw. Institution bei der Bundesärztekammer greift zu kurz. Zum Einen müssen nicht nur medizinische Aspekte der PGD wie Indikationsstellung, Erfolgsrate, Nebenwirkungen und Komplikationen evaluiert werden, sondern auch eine psychosoziale Beratung und langfristige Nachbetreuung der Paare und der geborenen Kinder organisiert und evaluiert werden. Zum anderen sind an der Durchführung der PGD nicht nur ärztliche Berufsgruppen beteiligt. Um Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen abzubauen, müssen diese Berufsgruppen stärker in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden.

SHERWIN propagiert ein Gesundheitssystem, dass die Betroffenen durch Breitstellung von Informationen und Mitteln dazu befähigt, eigenverantwortliche Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung zu treffen. Um den Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, sollte verstärkt in die Aufklärung und Gesundheitserziehung der Bevölkerung investiert werden.⁵⁸⁶ Wenn Informations- und Beratungsmöglichkeiten jenseits des ärztlichen Aufklärungsgesprächs bestehen, so ist unabhängigere und gleichberechtigte Entscheidungsfindung

⁵⁸² Vgl. SHERWIN 1992, 239.

⁵⁸³ Eine ungenügende Beteiligung dieser Gruppen zeigte sich auch in der Befragung von unterschiedlichen Expertengruppen in Deutschland (Pädiater, Gynäkologen, Humangenetiker, Hebammen und Ethiker) durch RICHTER et al. 73,1% der Befragten empfanden die betroffenen Paare und 43,7% der Befragten die Vertreter von Behindertenverbänden als unterrepräsentiert in der Diskussion um die PGD (vgl. RICHTER et al. 2005, 131).

⁵⁸⁴ Vgl. KOLLEK 2000, 79.218f.; HAKER 2002, 164.

⁵⁸⁵ Die HFEA ist eine gesetzlich autorisierte Kontroll- und Lizenzierungsbehörde. Sie erarbeitet Therapie- und Forschungsstandards und reguliert die Aufbewahrung von Gameten und Embryonen. Jährlich legt sie einen Rechenschaftsbericht über ihre Tätigkeit vor (vgl. ZIEGLER 2004, 77-92).

⁵⁸⁶ Vgl. SHERWIN 1992, 238-240.

für die Betroffenen möglich. Im Zusammenhang mit der IVF kritisiert SHERWIN das häufig mangelhafte Wissen der Frauen bezüglich der Risiken und Erfolgchancen der Behandlung.⁵⁸⁷ Im Vergleich zur IVF gestalten sich Aufklärung und Beratung hinsichtlich der PGD noch komplexer. Neben den medizinischen Aspekten der Risiken und Erfolgchancen von IVF und ICSI und Möglichkeiten und Risiken der genetischen Diagnostik, müssen die Kriterien der Selektion (beispielsweise die Frage der Implantation heterozygoter Embryonen) und der Umgang mit den überzähligen Embryonen festgelegt werden. Alternative Möglichkeiten des Umgangs mit dem Kinderwunsch wie Eingehen einer Schwangerschaft mit oder ohne Pränataldiagnostik, heterologe Insemination, Adoption und Pflegschaft oder Verzicht auf Kinder sollten erörtert werden. Soziale Aspekte wie Unterstützungsmöglichkeiten in der Versorgung eines behinderten oder kranken Kindes, psychologische Aspekte wie Umgang mit den Belastungen und dem möglichen Scheitern der PGD und ethische Aspekte wie die Integration der reproduktiven Entscheidung in das eigene Wertesystem sollten ebenfalls Bestandteil der Beratung sein.

Angesichts der Vielzahl der Aspekte, die in der Aufklärung und Beratung berücksichtigt werden müssen, erscheint die Bildung interdisziplinärer Beratungsteams dringend geboten. Im Hinblick auf das ärztliche Aufklärungsgespräch sollte neben der umfassenden Informationsvermittlung auch über bessere Möglichkeiten der Partizipation der Frauen oder Paare in der Entscheidungsfindung nachgedacht werden. In der Untersuchung von KATZ et al. gab die Mehrheit der Paare an, stärker an den Kriterien der Auswahl der zu implantierenden Embryonen beteiligt werden zu wollen. Überraschenderweise und entgegen der mehrheitlichen Meinung in der bioethischen Diskussion sprach sich ein Drittel der Paare dafür aus, dass bei Unverfügbarkeit genetisch unbelasteter Embryonen auf Wunsch des betroffenen Paares auch genetisch auffällige Embryonen vom Arzt implantiert werden sollten. Die Entscheidungsfindung nach dem Modell des *shared decision making* wurde von den Paaren favorisiert.⁵⁸⁸ HAKER fordert, ethische Fragen zum konstitutiven Bestandteil der genetischen Beratung zu machen. So sei neben der Informationsvermittlung über Handlungsalternativen und Konsequenzen

⁵⁸⁷ Vgl. SHERWIN 1992, 129; SHERWIN 1993, 228.

⁵⁸⁸ Vgl. KATZ et al. 2002, 1121. *Shared decision making* beinhaltet ein Modell der Entscheidungsfindung, in dem neben der Vermittlung von Informationen auf der Basis der *evidence-based medicine* anhand von verschiedenen Fallberichten Handlungsoptionen aufgezeigt werden. Eigene Präferenzen und Wertzuschreibungen werden erfragt und die Betroffenen werden so angeleitet, ihre Behandlungsentscheidung unter Reflektion eigener Lebensentwürfe und Wertvorstellungen zu treffen.

sowohl eine Selbstreflektion der intuitiven Handlungspräferenzen als auch eine Klärung der Wertannahmen gegenüber Anderen sinnvoll, um „diejenige Handlungsoption zu wählen, die sowohl den eigenen Wünschen und dem (ethischen) Selbstideal als auch den moralischen Ansprüchen anderer am ehesten gerecht wird“.⁵⁸⁹ Analog zur Situation beim Schwangerschaftsabbruch sollte meiner Meinung nach im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik eine personelle und institutionelle Trennung zwischen Beratung und Behandlung gewährleistet werden. Ergänzend zum ärztlichen Aufklärungsgespräch sollten spezifische Beratungen zu den sozialen Implikationen und den emotionalen und psychologischen Aspekten der PGD gefördert werden. Die Beratung sollte als unabhängige Gesundheitsleistung im Rahmen der Vergütung der PGD honoriert werden, um eine Trennung von Aufklärung und Behandlung und eine Beratung durch medizinunabhängige Beratungsstellen zu ermöglichen.

Der Ausbau informierender Infrastrukturen ist notwendig, um eigenverantwortliche Entscheidungen von Nutzerinnen der PGD zu ermöglichen. In einer Studie von RICHTER et al. fiel auf, dass nur 32% der Bevölkerung bereits von der PGD gehört hatten und die Befragten sich subjektiv über die PGD nicht gut informiert fühlten. Am häufigsten war Informationen über das Fernsehen vermittelt wahrgenommen worden.⁵⁹⁰ Ein Rückgriff auf Medien wie Fernsehen oder Internet in der Aufklärungsarbeit gäbe potentiellen Nutzerinnen der PGD die Möglichkeit, sich bereits vor Kontaktaufnahme mit einem reproduktionsmedizinischen Zentrum über Möglichkeiten und Grenzen der PGD zu informieren. Sorgfältige und diversifizierte Aufklärung ermöglicht den Betroffenen, im Entscheidungsprozess den Behandelnden gleichberechtigt gegenüberzutreten. Im Sinne SHERWINS zentraler ethischer Perspektive können so Strukturen der Dominanz und Unterdrückung abgebaut werden.

Zusätzlich zur Stärkung der Entscheidungskompetenz potentieller Nutzerinnen durch verstärkte Informationsvermittlung und Beratung spricht sich SHERWIN für einen Abbau struktureller Ungerechtigkeiten auf gesellschaftlicher Ebene aus. Die staatliche Förderung und Stärkung der gesellschaftlichen Position von Frauen und Menschen mit Behinderungen ist notwendig,⁵⁹¹ um perspektivisch eine gleichwertige Entscheidung zwischen dem Leben mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind und der

⁵⁸⁹ HAKER 2002, 289.

⁵⁹⁰ Vgl. KRONES/RICHTER 2005, 314.

⁵⁹¹ Vgl. SHERWIN 1992, 135.

Vermeidung eines solchen zu ermöglichen (siehe hierzu auch 3.3.1.2). Weil die Erziehung chronisch kranker oder behinderter Kinder für die Familien oft einen zeitlichen und finanziellen Mehraufwand bedeutet und insbesondere für die Frauen mit einer Einschränkung ihrer eigenen Erwerbstätigkeit einhergeht,⁵⁹² sollten diese Nachteile durch staatliche Fördermaßnahmen wie stärkere Berücksichtigung von Erziehungs- und Pflegezeiten im Rentenversicherungssystem,⁵⁹³ steuerlichen Ausgleich finanzieller Mehraufwendungen, stärkere Investitionen in Betreuungsmöglichkeiten behinderter Kinder und behindertengerechten Wohnungsbau ausgeglichen werden. Eine versicherungsrechtliche Benachteiligung behinderter und chronisch kranker Kinder sollte gesetzlich dauerhaft verhindert werden.

Um Strukturen der Dominanz und Unterdrückung in Hinblick auf Menschen mit Behinderungen effektiv entgegenzuwirken, ist in einem ersten Schritt der Dialog mit den Betroffenen notwendig. Es müssen die Bedingungen und Strukturen eruiert werden, die von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft als diskriminierend und unzumutbar erlebt werden, damit sinnvolle konkrete Veränderungsvorschläge erarbeitet und umgesetzt werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die aktuelle Praxis der Schwangerenvorsorge zu überdenken, die zu einem routinemäßigen zumindest sonographischen Fehlbildungsscreening aller Schwangeren, zu einem routinemäßigen Angebot der PND an sog. Risikogruppen (beispielsweise Schwangere ab 35 Jahre) und zu einer Ausweitung Anwendungshäufigkeit invasiver Pränataldiagnostiken wie der Amniozentese und der Chorionzottenbiopsie auch bei Nichtrisiko-Schwangeren geführt hat (siehe 3.3.1.1). So fordert u.a. der Arbeitskreis Frauengesundheit, eine deutliche zeitliche, personelle und räumliche Trennung allgemeiner Schwangerenvorsorge und Pränataldiagnostik vorzunehmen. Sowohl invasive Pränataldiagnostiken als auch sonographische Fehlbildungsscreenings wie die Nackentransparenzmessung sollten nur nach ausführlicher Aufklärung über Risiken und Grenzen der Untersuchungen und Beratung über mögliche Konsequenzen wie Folgediagnostiken und dem selektiven Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden. Die Mutterschaftsrichtlinien sollten dahingehend verändert werden, dass von Beginn der Schwangerenvorsorge an in einem Behandlungsvertrag zwischen Ärztin und Arzt und der Schwangeren der Umfang der Schwangerenvorsorge und insbesondere auch die Durchführung oder der Ausschluss

⁵⁹² Vgl. RICHTER et al. 2003, 60f.

⁵⁹³ Vgl. KOLLEK 2000, 224; HAKER 2002, 304. Eine solche Anerkennung von Erziehungs- und Pflegezeiten käme auch Familien mit gesunden Kindern zugute.

pränataler Diagnostik festgelegt wird.⁵⁹⁴ In diesem Zusammenhang wäre eine Änderung der Vergütung von Leistungen in der Schwangerenvorsorge wünschenswert. Die Vergütung von Beratungsleistungen müsste im Vergleich zur Vergütung der diagnostischen Leistungen erhöht werden, damit Ärztinnen und Ärzten keine finanziellen Nachteile entstehen, wenn die Schwangere sich gegen die Durchführung pränataler Diagnostiken entscheidet.

Die zuvor aufgeführten Forderungen zur Veränderung von Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen und der Gesamtgesellschaft sind innerhalb SHERWINS ethischem Ansatz ein unverzichtbarer Teil der kontextuellen Analyse. Partizipation von Betroffenen an Richtlinienarbeit zur Durchführung von Diagnostiken und Therapien und an Festlegung von Forschungsschwerpunkten, Bereitstellung von Beratungseinrichtungen und informierenden Infrastrukturen, familienpolitische Veränderungen und Förderung der Anerkennung des Wertes und der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben sind für SHERWIN unbedingte Voraussetzung für die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik. Für den Fall der Legalisierung der PGD spricht sich SHERWIN für eine strenge Begrenzung der Indikationen aus, um Ausweitungstendenzen der Präimplantationsdiagnostik zu begegnen.⁵⁹⁵

3.3.4 Praxisbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes

Das Ziel von SHERWINS ethischer Theoriebildung ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit. Um diesem Ziel näher zu kommen, möchte sie die Perspektive marginalisierter Gruppen in den ethischen Diskurs einbringen. Ihr Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Lebenskontext von Frauen (siehe 2.2.2). Diese singuläre zentrale Perspektive vereinfacht die praktische Anwendung ihrer ethischen Theorie. Im Gegensatz zu ethischen Ansätzen, die wie bei BEAUCHAMP und CHILDRESS auf mehreren gleichwertigen Prinzipien oder Regeln beruhen, erscheint die kontextuelle Analyse praktischer Probleme wie der Präimplantationsdiagnostik fokussierter und stringenter. Sowohl

⁵⁹⁴ Vgl. AKF 2002.

⁵⁹⁵ So in einem Gespräch mit der Autorin am 18.09.2000 im Rahmen der *“Third International Conference of Feminist Approaches to Bioethics”* in London/Großbritannien.

gruppenbezogene als auch individuelle Konsequenzen der PGD können im Hinblick auf ihre Auswirkung auf Strukturen der Dominanz und Unterdrückung analysiert werden. Andere ethische Prinzipien und Werte werden vor der Zielperspektive der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit untersucht, beispielsweise das Prinzip des Respekts vor Autonomie (mit dem der Wunsch von Frauen nach einer potentiellen Nutzung der PGD oft begründet wird) und Aspekte des Nutzens und Nichtschadens der PGD. So ergeben sich aus der kontextuellen Analyse im Sinne SHERWINS sowohl Anfragen an den realen Gestaltungsspielraum der Frauen bei der Durchführung der PGD (siehe 3.3.1.1) als auch an die Qualität der Aufklärung (siehe 3.3.2.1 und 3.3.3). Risiken und Belastungen der PGD führen dazu, dass sich die Mehrheit der betroffenen Frauen nicht für eine PGD als wahrscheinlichste reproduktive Option entscheiden würde (siehe 3.3.2.1). SHERWIN gelingt es, in ihrer kontextuellen Analyse den Blick besonders auf die Situation marginalisierter Gruppen zu lenken.

In der kontextuellen Analyse der PGD im Sinne SHERWINS werden zwei Probleme ihrer ethischen Theoriebildung deutlich: die starke Fokussierung auf sexistische Unterdrückungsmechanismen unter Vernachlässigung anderer Differenzen und die Vermittlung zwischen strukturbezogener und individueller Ebene. Die Fokussierung von SHERWINS Ansatz auf die Lebenssituation von Frauen und sexistische Unterdrückungsmechanismen erscheint in der kontextuellen Analyse der PGD einerseits angemessen, da reproduktive Entscheidungen und Optionen Frauen biologisch und im Hinblick auf ihre sozialen Rollen in besonderer Weise betreffen. Andererseits hat sich gezeigt, dass auch die Situation anderer marginalisierter Gruppen, insbesondere die von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, für die ethische Beurteilung der PGD von Bedeutung ist. Sowohl eine mögliche gesellschaftliche Entsolidarisierung gegenüber bereits geborenen Menschen mit Behinderungen als auch eine Ausweitung selektiver Tendenzen aufgrund von genetischen Merkmalen sind zu beachten. Ergänzend zu SHERWINS zentraler analytischer Kategorie des Sexismus sind in der kontextuellen Analyse immer auch weitere Strukturen von Dominanz und Unterdrückung wie Rassismus, Heterosexismus, Unterdrückung aufgrund von Schichtzugehörigkeit, religiöser Zugehörigkeit oder aufgrund von anderen Merkmalen zu bedenken, die zu einer Ausgrenzung von gesellschaftliche Gruppen mit normabweichenden Verhalten führen. SHERWINS Konzentration auf sexistische Unterdrückungsmechanismen führt dazu, dass die Verflechtung unterschiedlicher Formen struktureller Unterdrückung nicht berücksichtigt wird. Individuen und gesellschaftliche Untergruppen können von verschiedenen

Strukturen der Dominanz und Unterdrückung betroffen sein. Im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik wäre beispielsweise die Einstellung und die Motive der Frauen interessant, die selbst behindert oder chronisch krank sind. Eine vergleichende Untersuchung der Erfahrungen und Einstellungen dieser Frauen und heterozygoter Trägerinnen von rezessiven, genetisch bedingten Erkrankungen könnte den jeweiligen Einfluss von unterschiedlichen Strukturen von Dominanz und Unterdrückung aufzeigen.⁵⁹⁶ Eine Erweiterung SHERWINS ethischer Theoriebildung um den Aspekt der Auswirkungen und der Verflechtungen unterschiedlicher Mechanismen struktureller Unterdrückung wäre wünschenswert. Damit würde eine Differenzierung innerhalb gesellschaftlicher Gruppen ermöglicht.

SHERWIN untersucht im Rahmen ihrer kontextuellen Analyse primär die strukturbezogenen Aspekte eines praktischen ethischen Problems. Sie misst den Bedürfnissen und Interessen der individuell Betroffenen dennoch große Bedeutung bei. Hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik ergibt sich dadurch eine Spannung zwischen konkurrierenden Handlungsanweisungen: einerseits die Ablehnung der PGD aufgrund der Ergebnisse der strukturbezogenen kontextuellen Analyse und andererseits die Befürwortung der Legalisierung der PGD aufgrund des Wunsches und der Bedürfnisse der individuell betroffenen Frauen. Innerhalb SHERWINS ethischer Theoriebildung finden sich wenig prozedurale Anweisungen, wie zwischen der strukturellen und der individuellen Ebene im Fall konkurrierender Handlungsanweisungen vermittelt werden soll. SHERWIN zeigt in ihrer ethischen Beurteilung der assistierten Reproduktion folgende Lösungsmöglichkeit auf: trotz negativer struktureller Effekte spricht sie sich unter Berufung auf den Gesichtspunkt der Fürsorge für die Zulassung der assistierten Reproduktion aus. Zu einer analogen Beurteilung kommt SHERWIN auch im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik (siehe 3.3.3). SHERWIN will die Verantwortung für die Veränderung von struktureller Unterdrückung nicht den einzelnen betroffenen Frauen aufbürden, indem sie einen Verzicht auf die Optionen der assistierten Reproduktion fordert. Stattdessen versteht SHERWIN den Abbau von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung und die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit als gesamtgesellschaftliches

⁵⁹⁶ So zeigt die Studie von HENNEMAN et al. an Überträgerpaaren und erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Zystischer Fibrose, dass die Belastung durch die Erkrankung von den Paaren, die selbst nicht erkrankt waren, deutlich höher eingeschätzt wurden als von den selbst Erkrankten. Die Schwere der Erkrankung wurde jedoch gleich eingeschätzt. Etwa doppelt so viele nichterkrankte Paare wie erwachsene Patientinnen und Patienten würden einen selektiven Schwangerschaftsabbruch nach PND in Erwägung ziehen (vgl. HENNEMAN et al. 2001, 3).

Projekt. Die unter 3.3.3 erarbeiteten Überlegungen und Forderungen für den Fall der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik sind darum unverzichtbarer Teil einer kontextuellen ethischen Analyse im Sinne SHERWINS. Das von SHERWIN gewählte Vermittlungsverfahren zwischen struktureller und individueller kontextueller Betrachtung in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik ist meines Erachtens eine nachvollziehbare Möglichkeit. Allerdings sind Veränderungen sozialer Strukturen nur in einem langwierigen Prozess zu erreichen. Bei der Umsetzung der unter 3.3.3 erörterten Maßnahmen, der Erarbeitung weiterer Vorschläge zur besseren gesellschaftlichen Integration und Förderung von Menschen mit Behinderungen und der stärkeren Partizipation von Patientinnen und Patienten und von Angehörigen nichtärztlicher Berufe an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen ist mit Widerständen zu rechnen. Für den Ausbau informierender Infrastrukturen, die bessere Vergütung von Beratung und die Förderung von Menschen mit Behinderungen (Finanzierung von Kinderbetreuung, baulichen Veränderungen und Hilfsmitteln) sind finanzielle Mittel nötig. In der Praxis halte ich SHERWINS Ansatz, über die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen von Dominanz und Unterdrückung Einfluss auf individuelle Nutzungswünsche und Entscheidungen bezüglich Techniken der assistierten Reproduktion nehmen zu wollen, für schwer zu verwirklichen. Zum einen werden sich auch durch eine Veränderung der gesellschaftlichen Voraussetzungen die Nutzungswünsche gegenüber der PGD nicht vollständig auflösen, so dass grundlegende Bedenken gegenüber der PGD auf diesem Weg nicht auflösbar sind. Zum anderen sind gesellschaftliche Strukturen und Prozesse so komplex, dass es fraglich ist, ob individuelle Entscheidungsprozesse durch ihre Veränderung im gewünschten Umfang beeinflusst werden können.

SHERWIN vertritt ein dezidiert politisch ausgerichtetes Modell ethischer Theoriebildung. In ihrer ethischen Theoriebildung legt SHERWIN ihre persönlichen weltanschaulichen Grundannahmen und ihre eigenen Interessen dar. Die strukturelle, befreiungsethische Grundrichtung ihres ethischen Ansatzes wird in der kontextuellen Analyse der PGD deutlich. Indem sie ihren eigenen Standpunkt und ihre eigenen Grundanschauungen in ihrer ethischen Theoriebildung benennt, verwirklicht SHERWIN ein Kernanliegen feministischer Kritik: sie macht ihre eigene Perspektive in ihrer ethischen Theoriebildung transparent und somit auch diskutierbar. SHERWIN bringt ihre Grundüberzeugung der strukturellen Unterdrückung in ihre ethische Theoriebildung, ihre kontextuellen Analysen und ihre ethischen Urteile ein. Sie bildet den Leitfaden für ihre kontextuellen Analysen und die Rechtfertigungsgrundlage für ihre ethischen

Urteile. Daraus ergibt sich hinsichtlich der PGD eine negative Beurteilung der strukturbezogenen Konsequenzen. Diese mündet zwar nicht in der Forderung nach einem Verbot der PGD, aber in der Forderung nach gesellschaftspolitischen Maßnahmen zur Veränderung von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung. SHERWINS Grundannahme der strukturellen Unterdrückung führt zu einem kohärenten ethischen Urteil. Da in einer pluralen Gesellschaft diese Grundüberzeugung nicht von allen geteilt werden wird, muss eine gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik in einem gesellschaftlichen Diskurs im Sinne einer politischen Kompromissfindung erarbeitet werden. Gerade wenn die Kompromissfindung vom Ideal eines möglichst gleichberechtigten gesellschaftlichen Diskurses getragen wird, so ist die Beachtung SHERWINS Perspektive marginalisierter Gruppen wichtig, um Strukturen der Dominanz und Unterdrückung nicht zu verfestigen.

4 Ergebnis

Ziel dieser Arbeit war die Darstellung und praxisbezogene Untersuchung zweier Entwürfe kontextsensitiver Ethik, der ethischen Theoriebildung von TOM L. BEAUCHAMP und JAMES F. CHILDRESS und von SUSAN SHERWIN. In diesem Kapitel werde ich zunächst die theoretische Grundstruktur der ethischen Ansätze von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN und ihren Umgang mit Relativität und Normativität von ethischen Prinzipien zusammenfassen (4.1). Anhand der Analyse der Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der ethischen Entwürfe von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN werde ich anschließend die unterschiedlichen Argumentationsstrukturen und Lösungsorientierungen der beiden Ansätze darstellen (4.2). Abschließend werde ich die Kontextsensitivität beider Ansätze untersuchen und die Auswirkungen ihrer unterschiedlichen ethischen Perspektive auf die kontextuelle Analyse und die Erarbeitung konkreter ethischer Urteile erläutern (4.3).

4.1 Inhalt und Begründung ethischer Normen

Angesichts des real erfahrbaren Wertepluralismus innerhalb moderner westlicher Gesellschaften suchen sowohl BEAUCHAMP/CHILDRESS als auch SHERWIN in ihren ethischen Theoriebildungen eine Synthese zwischen der Anerkennung der Relativität ethischer Prinzipien und der Erhaltung ihrer normativen Kraft. BEAUCHAMP und CHILDRESS richten ihre ethische Theoriebildung an vier gleichwertigen, *prima facie* gültigen Prinzipien mittlerer Reichweite aus: den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit. Diese vier Prinzipien hätten sich in der biomedizinethischen Tradition als zentral erwiesen.⁵⁹⁷ Für BEAUCHAMP und CHILDRESS erhalten die Prinzipien ihre normative Kraft durch ihre Begründung in der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden. Unter *common morality* verstehen BEAUCHAMP und CHILDRESS eine Gruppe von Normen, die von allen moralisch seriös denkenden Menschen zu allen Zeiten und an allen Orten geteilt werden können. Diese Normen seien universell gültig.⁵⁹⁸ BEAUCHAMP und CHILDRESS verleihen ihren

⁵⁹⁷ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 12.

⁵⁹⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3.

Prinzipien zusätzliche normative Kraft, indem sie die Prinzipien und die aus ihnen abgeleiteten praktisch-ethischen Urteile im Sinne des Überlegungsgleichgewichtes von RAWLS überprüfen und verändern. Ziel dieses Prozesses ist es, ein möglichst kohärentes System ethischer Begründungen zu entwickeln (siehe 2.1.2). BEAUCHAMP und CHILDRESS tragen der Relativität ethischer Prinzipien Rechnung, indem sie vier gleichwertige Prinzipien bestimmen. Prinzipien können ethisch gerechtfertigt außer Kraft gesetzt werden, wenn die Vorrangigkeit eines anderen Prinzips in einer ethischen Konfliktsituation begründet werden kann. Zwischen den einzelnen Prinzipien besteht keine Rangfolge. Die Vorrangigkeit eines Prinzips muss für die konkrete Konfliktsituation festgelegt werden.

SHERWIN orientiert ihre ethische Theoriebildung an einer zentralen ethischen Perspektive: der Befreiung von Unterdrückung. Die normative Kraft dieser Perspektive wird mit Hilfe der feministischen Gesellschaftsanalyse als Hintergrundtheorie und durch die Plausibilität innerhalb ihrer eigenen moralischen Erfahrungen begründet (siehe 2.2.2.1). Die Perspektive der Befreiung von Unterdrückung erhält in SHERWINS ethischer Theoriebildung die Funktion eines absoluten Prinzips (siehe 2.2.2.2). SHERWIN relativiert diese Perspektive jedoch, indem sie auf die Notwendigkeit ihres Kontextbezuges verweist.⁵⁹⁹ Die Bedeutung könne auf der Theorieebene nicht vollständig erschlossen werden. Seine Bestimmung erhielte das Prinzip der Befreiung von Unterdrückung erst in seiner Spezifizierung für einen konkreten Kontext. Andere Prinzipien und Normen wie Autonomie und Gerechtigkeit werden aus dem Blickwinkel dieser Perspektive heraus interpretiert (siehe 2.2.3 und 2.2.4). Die nachgeordneten Prinzipien und Normen entlehnt SHERWIN, wie BEAUCHAMP und CHILDRESS, dem allgemeinen Moralempfinden, der *common morality*. Im Gegensatz zu BEAUCHAMP und CHILDRESS sind für SHERWIN die Normvorstellungen der *common morality* relativ, da sie von ihrem historischen und sozialen Kontext abhängig seien und keine universelle Gültigkeit besäßen. In ihrem ethischen Ansatz analysiert SHERWIN die Normen der *common morality* hinsichtlich ihrer Begründung in und ihren Einfluss auf Strukturen der Dominanz und Unterdrückung und unterzieht sie einer herrschaftskritischen Revision.⁶⁰⁰ In der Überprüfung und Revision von Prinzipien, Normen und praktischen ethischen Urteilen folgt SHERWIN, wie BEAUCHAMP und CHILDRESS, dem Konzept des

⁵⁹⁹ Vgl. SHERWIN 1992, 88-91.

⁶⁰⁰ Vgl. SHERWIN 1992, 68. Die herrschaftskritische Revision dieser Prinzipien und Regeln in ihrer ethischen Theoriebildung versteht sie als eine methodologische, nicht als eine substantielle Forderung.

Überlegungsgleichgewichtes von RAWLS. In SHERWINS Konzept des Überlegungsgleichgewichts fließt im Gegensatz zu BEAUCHAMP und CHILDRESS dezidiert die Analyse gesellschaftlicher Strukturen mit ein (siehe 2.2.2.2).

4.2 Lösungsorientierung der ethischen Ansätze von Beauchamp/Childress und Sherwin im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik

In der praxisbezogenen Untersuchung der ethischen Theoriebildungen von BEAUCHAMP und CHILDRESS und von SHERWIN im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik haben sich beide Ansätze als anwendbar erwiesen. Sie unterscheiden sich allerdings deutlich voneinander in ihren Argumentationsstrukturen und ihren Stärken und Schwächen.

Gemäß der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS erfolgt die Analyse eines konkreten ethischen Problems in den Methodenschritten der Spezifizierung, der Präzisierung der Normen und Prinzipien für den spezifischen Kontext, und der Abwägung, der Gewichtung zwischen den Prinzipien (siehe 2.1.2). Unter Berücksichtigung des fallbezogenen Orientierungsmodus des ethischen Ansatzes von BEAUCHAMP und CHILDRESS (siehe 2.3) muss zunächst der konkrete ethische Konfliktfall bestimmt werden: die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik für Paare, die ein erhöhtes Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Behinderung oder chronischen Erkrankung haben und sich das Leben mit einem oder einem weiteren Kind mit dieser Behinderung oder Erkrankung nicht vorstellen können. Die Spezifizierung der vier Prinzipien im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS hinsichtlich dieses konkreten Konfliktfalles hat ergeben, dass der Wunsch der betroffenen Paare nach Durchführung einer PGD als autonom qualifiziert werden kann, da er die Kriterien der Intentionalität, des substantiellen Ausmaßes an Verständnis und der Freiheit von kontrollierenden Einflüssen erfüllt. Unter dem Gesichtspunkt des Prinzips des Respekts vor Autonomie kann die Legalisierung der PGD befürwortet werden (siehe 3.2.1.1). Wenn davon auszugehen ist, dass frühen Embryonen im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS entweder ein eingeschränkter Personenstatus oder zumindest eine besondere Wertzuschreibung

zugesprochen wird,⁶⁰¹ so stellt die Selektion und das Absterbenlassen von frühen Embryonen im Rahmen der PGD *prima facie* eine Schädigung derselben dar. Unter Berufung auf das Prinzip des Nichtschadens wäre die Legalisierung der PGD somit *prima facie* abzulehnen (siehe 3.2.1.2). In der Spezifizierung der Prinzipis des Wohltuns wurde deutlich, dass der Nutzen der PGD für diejenigen Paare groß ist, die mit Hilfe der PGD ihren Wunsch nach einem genetisch eigenen Kind, bei dem eine bestimmte Behinderung oder Erkrankung ausgeschlossen wurde, verwirklichen können. Dies trifft jedoch auch nach wiederholten Zyklen nur für 31,5% der Paare zu (siehe 3.1.1).⁶⁰² Demgegenüber stehen die physischen und psychischen Risiken der IVF und ICSI sowohl für die Frauen als auch für die Kinder, die niedrigen Erfolgsrate und die hohen finanziellen Kosten der PGD (siehe 3.2.1.3). Unter Abwägung des Nutzens, der Kosten und der Risiken der PGD ist eine Legalisierung zwar möglich. Sie ist unter Berücksichtigung der Spezifizierung von BEAUCHAMP und CHILDRESS allerdings nicht als moralisch verpflichtende Handlung zu werten (siehe 2.1.5). Die Spezifizierung des Prinzipis der Gerechtigkeit unter dem Gesichtspunkt der Fairness spiegelt im Wesentlichen die Konfliktpunkte wider, die bereits im Zusammenhang mit anderen Prinzipien thematisiert wurden. Da sich aus der Spezifizierung der Prinzipien unterschiedliche Handlungsanweisungen bezüglich der Legalisierung der PGD ergeben, müssen die Prinzipien und ihre Spezifizierungen gegeneinander abgewogen werden. BEAUCHAMP und CHILDRESS möchten mit ihrer ethischen Theoriebildung zur Stärkung und zum Schutz individueller Interessen und Bedürfnisse beitragen (siehe 2.3). Der Wunsch nach einem eigenen Kind kann als ein wichtiges individuelles Bedürfnis gewertet werden. Die Unterstützung der betroffenen Paare in der Erfüllung ihres Kinderwunsches ist im Sinne der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS darum stark zu befürworten. Da frühen Embryonen gemäß Ausrichtung auf pragmatische und konsensfähige Lösungen durch BEAUCHAMP und CHILDRESS vermutlich nur ein eingeschränkter Personenstatus zugesprochen wird (siehe 3.2.1.2), träte im Abwägungsprozess das Prinzip des Nichtschadens hinter dem Prinzip des Respekts vor Autonomie zurück. Entsprechend der Spezifizierungen durch BEAUCHAMP und CHILDRESS könnte den Bedenken, die sich aus dem Prinzip des Wohltuns hinsichtlich der Risiken und der Kosten der PGD

⁶⁰¹ Leider bestimmen BEAUCHAMP und CHILDRESS der Status von Embryonen in ihren „*Principles of Biomedical Ethics*“ nicht, so dass ihre Haltung in dieser Frage nur anhand von Äußerungen von CHILDRESS im Rahmen seiner Tätigkeit im *Human Fetal Tissue Transplantation Research Panel* gemutmaßt werden kann.

⁶⁰² Vgl. VANDERVORST et al. 2000, 364.369.

ergeben, durch eine sorgfältige und umfassende Aufklärung der betroffenen Paare begegnet werden. Insgesamt ist im Sinne BEAUCHAMPS und CHILDRESS die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik zu befürworten (siehe 3.2.2). BEAUCHAMP und CHILDRESS wollen mit ihrem ethischen Ansatz, zu einer Konsensbildung auf der Ebene konkreter ethischer Urteile beitragen (siehe 2.3). Entsprechend ihrer Intention der Konsensbildung, könnten Befürchtungen der Kritikerinnen und Kritiker bezüglich negativer gesellschaftlicher Auswirkungen der PGD durch eine Begrenzung der Indikationen und somit einem Schutz vor möglichen Ausweitungstendenzen entkräftet werden. Die Argumentationsstruktur der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS weist aufgrund der fallbezogenen Orientierung auf Paare mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung, der starken Gewichtung von individuellen Gestaltungsspielräumen und der Lösungsorientierung an pragmatischen, konsensfähigen Urteilen auf die ethische Rechtfertigung der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland hin.

In der praxisbezogenen Untersuchung der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS hat sich die plausible theoretische Grundstruktur als eine der großen Stärken des Ansatzes erwiesen.⁶⁰³ Die vier Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit sind aus der Perspektive der Mehrheit der moralphilosophischen Theorien und in ihrer Anerkennung innerhalb der Alltagsmoral konsensfähig.⁶⁰⁴ Die Pluralität ethischer Normen in modernen westlichen Gesellschaften wird durch die Auswahl von vier gleichwertigen Prinzipien wahrgenommen und trägt zur Flexibilität des Ansatzes bei. Die Prinzipien ermöglichen zusammen mit den Methoden der Spezifizierung und der Abwägung eine gute Strukturierung der Analyse der Präimplantationsdiagnostik und die Wahrnehmung einer Vielzahl kontextueller Details (siehe 3.2.3). Erschwerend für die ethische Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik stellte sich die Fülle an Einzelaspekten innerhalb der Spezifizierungen der vier Prinzipien und teilweise mangelnde konzeptionelle Verbindung dar (siehe 3.2.3). Die Auswahl der im Hinblick auf die PGD relevanten Aspekte gestaltete sich mühsam (siehe 3.2.1). Durch die fehlende Berücksichtigung von Konfliktfeldern aus der Reproduktionsmedizin und spezifischer Lebenskontexte von Frauen

⁶⁰³ Die große Wertschätzung des prinzipienethischen Ansatzes durch Ärztinnen und Ärzte, die er in der Anwendung des Ansatzes auf praktische ethische Probleme beobachte, hebt URBAN WIESING lobend hervor (vgl. WIESING 2005, 77.81).

⁶⁰⁴ Vgl. WIESING 2005, 76; RAUPRICH 2005a, 15.

in der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS erwies sich die Spezifizierung der vier Prinzipien im Hinblick auf die PGD zusätzlich als schwierig. BEAUCHAMP und CHILDRESS benennen in den „*Principles of Biomedical Ethics*“ ihre anthropologischen Grundannahmen nicht explizit. Eine Definition des Personenstatus von Embryonen lässt sich deshalb aus ihrer ethischen Theoriebildung nur schwer ableiten (siehe 3.2.1.2). Der Geltungsbereich ihrer Prinzipien gegenüber Embryonen und Feten wird nicht thematisiert. So erhalten die erarbeiteten Lösungen bezüglich moralischer Konflikte, die wie die Präimplantationsdiagnostik den Umgang mit Embryonen und Feten betreffen, eine geringere Rechtfertigungskraft (siehe 3.2.3). Die Bildung kohärenter ethischer Urteile wird für diese Themen erschwert. BEAUCHAMP und CHILDRESS legen in den „*Principles of Biomedical Ethics*“ weder ihre eigenen ethischen Hintergrundtheorien noch ihre weltanschauliche Verortung offen. Die von ihnen vorgenommenen Spezifizierungen ihrer vier Prinzipien sind dennoch erkennbar geprägt von ihrem US-amerikanischen Lebenskontext und ihrer liberalen Grundhaltung (siehe 3.2.3).⁶⁰⁵ Im Rahmen der Spezifizierungen werden die theoretischen und weltanschaulichen Hintergründe wirksam, die BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrer ethischen Theoriebildung mit dem Ziel der Konsensfähigkeit und größeren integrativen Kraft vermeiden wollten. Da sie nur implizit wirksam werden, ist es gerade für ethische Laien (denen ihr Ansatz eine Orientierung zur Beurteilung ethischer Konflikte bieten soll) schwierig, diese theoretischen Fundamente wahrzunehmen und kritisch zu reflektieren. BEAUCHAMP und CHILDRESS wollen mit ihrer ethischen Theoriebildung dazu beitragen, konsensfähige, pragmatische Lösungen auf der Ebene praktischer Urteile zu erarbeiten (siehe 2.3). Die aus der Perspektive ihres ethischen Ansatzes heraus begründete Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik unter Begrenzung ihrer Anwendung wird diesem Ziel gerecht und in Deutschland gesamtgesellschaftlich gesehen die größte Zustimmung erfahren.⁶⁰⁶

SHERWIN verfolgt mit ihrer ethischen Theoriebildung eine andere Zielrichtung: den Abbau von Strukturen von Dominanz und Unterdrückung und die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit (siehe 2.2.2). Der Schwerpunkt ihres Ansatzes liegt in der struktur-

⁶⁰⁵ Vgl. HOLM 2005, 210-224; RAUPRICH 2005a, 26.

⁶⁰⁶ Vgl. RICHTER et al. 2005, 118. In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung in Deutschland sprachen sich 19,4% der Befragten für eine Legalisierung der PGD für Einzelfälle mit frühem Tod des Kindes aus, 17,7% bei wenigen schwere Erkrankungen und 21,4% für eine Legalisierung für alle Familien mit dem Risiko, eine genetische Erkrankung zu vererben. 18,6% der Befragten sprachen sich für eine Legalisierung ohne Einschränkungen aus und 11,5% für ein Verbot der PGD in Deutschland.

bezogenen kontextuellen Analyse. Die Auswirkungen sozialer Praktiken sollen zunächst hinsichtlich ihrer Folgen für marginalisierte Gruppen, insbesondere für die Situation von Frauen, analysiert werden. Unter Berücksichtigung von SHERWINS Ausführungen zu Techniken der assistierten Reproduktion lässt sich im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik schließen, dass deren Legalisierung die reproduktiven Optionen einzelner Frauen erweitern würde. Da im Rahmen bestehender Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen die Zugangsvoraussetzungen und Durchführung der Techniken der assistierten Reproduktion im Wesentlichen von Ärztinnen und Ärzten kontrolliert werden, steigt mit Inanspruchnahme und Erweiterung dieser Techniken der normierende Einfluss von Ärztinnen und Ärzten auf das reproduktive Verhalten von Frauen. In der öffentlichen Diskussion um die Legalisierung der PGD werden Rollenerwartungen an Frauen als Mutter verstärkt. Unter der Perspektive der strukturbezogenen Analyse von SHERWIN stellt die Einführung der PGD für Frauen als Gruppe eine Verstärkung von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung dar (siehe 3.3.1.1). Im Hinblick auf die Situation von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen als Gruppe fürchten KING, KOLLEK und die Mehrheit der von RICHTER et al. befragten Expertengruppen durch die Einführung der PGD eine Verschlechterung ihrer Situation bzw. ihres Status (siehe 3.3.1.2). Dies könnte im Sinne einer gesellschaftlichen Entsolidarisierung gegenüber bereits geborenen Menschen mit Behinderungen erfolgen oder analog zu Entwicklungen im Bereich der Pränataldiagnostik als Ausweitung der Indikationen und eine Zunahme des gesellschaftlichen Drucks zur Verhinderung der Geburt behinderter Kinder stattfinden. Die PGD bedeutet im Vergleich zu Pränataldiagnostik und selektivem Schwangerschaftsabbruch eine quantitative und qualitative Verstärkung der Selektion (siehe 3.3.1.2). Die strukturbezogene kontextuelle Analyse weist hinsichtlich SHERWINS Zielkriterium der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit zunächst auf ein Verbot der PGD hin. In einem zweiten kontextuellen Analyseschritt geht SHERWIN unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge auf die Bedürfnisse der individuell Betroffenen ein. Im Rahmen der individuellen, fürsorgebetonten Analyse erkennt SHERWIN an, dass es eine Gruppe von Frauen mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung gibt, für die die Durchführung einer PGD aufgrund ihrer eigenen Reproduktionsgeschichte, ihrer Lebensplanung und ihren Verpflichtungen in ihren sozialen Beziehungen die einzig denkbare und verantwortbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Kinderwunsches darstellt. Für SHERWIN sind diese Frauen als moralische Entscheidungs- und Hand-

lungsträgerinnen ernst zu nehmen und ihr Wunsch nach Durchführung einer PGD aus der Perspektive der Fürsorge heraus zu unterstützen (siehe 3.3.2.1). Aufgrund der möglichen physischen und psychischen Risiken und Belastungen der PGD für die Frauen und die entstehenden Kinder (siehe 3.1.1) ist eine sorgfältige Aufklärung und Beratung vor Durchführung einer PGD notwendig. Die Embryonen besitzen für SHERWIN aufgrund ihrer eingeschränkten sozialen Beziehungsfähigkeit lediglich einen verminderten Personenstatus und gegenüber bereits geborenen Menschen eingeschränkte moralische Rechte. Die Wertzuschreibung der Embryonen wird nach SHERWIN von der primären Bindungsperson, der Frau, in ihrem jeweiligen Lebenskontext vollzogen und ist nicht absolut. Der Personenstatus der Embryonen stellt darum für SHERWIN kein Gegenargument gegen die Legalisierung der PGD dar (siehe 3.3.2.2). In ihrer Abwägung zwischen strukturellen und individuellen Aspekten der kontextuellen Analyse gibt SHERWIN dem Aspekt der Fürsorge für die individuell betroffenen Frauen den Vorrang. Sie befürwortet die Einführung der Präimplantationsdiagnostik, weil sie die ethische Urteilsfähigkeit und das ethische Verantwortungsbewusstsein der Frauen anerkennt, die sich nach sorgfältiger Aufklärung und unter Abwägung ihrer eigenen Erfahrungen und Reproduktionsgeschichte, ihrer Lebensplanung, ihrer Gefühle gegenüber den Feten bzw. Embryonen, der Gestaltung ihrer Partnerschaft, ihren Verpflichtungen gegenüber bereits lebenden Kindern und ihren Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen für die Durchführung einer PGD entscheiden. Den möglichen negativen Konsequenzen der PGD, die sich aus der strukturbezogenen kontextuellen Analyse ergeben, begegnet SHERWIN durch Vorschläge zur konkreten Veränderung von Strukturen von Dominanz und Unterdrückung auf gesellschaftspolitischer Ebene (siehe 3.3.3). In Spezifizierung der gesundheitspolitischen Forderungen, die SHERWIN in „*No longer patient*“ dargelegt hat, sind im Hinblick auf die PGD folgende Forderungen zu erheben. Die Erarbeitung von Richtlinien und die Zusammensetzung von Kontrollinstanzen zur Evaluation der PGD sollte interdisziplinär gestaltet werden. Expertinnen und Experten aus Reproduktionsmedizin, Humangenetik, Pädiatrie, den Rechtswissenschaften und Ethik, Hebammen, Pflegekräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen, potentielle Nutzerinnen der PGD und Vertreterinnen und Vertreter von Behindertenverbänden sollten beteiligt werden. Die umfassende Aufklärung der Paare über Risiken und Behandlungsalternativen der PGD und eine Klärung der individuellen

Präferenzen und Werte sollte erfolgen, um eine wahrhaft autonome Entscheidungsfindung der betroffenen zu ermöglichen (siehe 2.2.3).⁶⁰⁷ In diesem Sinne ist auch die Finanzierung öffentlicher Beratungsstellen mit Kompetenzen im Bereich der PGD sowie eine verstärkte öffentliche Informationsarbeit notwendig. Beratung und Durchführung der PGD sollten in voneinander unabhängigen Institutionen erfolgen. Den Tendenzen der Ausweitung der pränataldiagnostischen Techniken hin zu Screeninguntersuchungen sollte durch eine klare Trennung zwischen Routineschwangersorgenvorsorge und PND und einer sorgfältigen Aufklärung über Möglichkeiten, Grenzen und Risiken der Pränataldiagnostik begegnet werden. Sozialpolitische Maßnahmen wie die stärkere Berücksichtigung von Erziehungs- und Pflegezeiten bei der Rentenberechnung und ein Ausbau der Betreuungsmöglichkeiten für behinderte Kinder sind notwendig, um Benachteiligungen von Eltern mit behinderten Kindern auszugleichen. Diese Forderungen stellen im Sinne SHERWINS ethischer Argumentation eine notwendige Voraussetzung für die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik dar (siehe 3.3.3). In der Argumentationsstruktur von SHERWIN wird die eingeschränkte Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik mit der Fürsorge für die individuell betroffenen Frauen begründet. Die negativen Konsequenzen für Strukturen der Dominanz und Unterdrückung, die sich aus der kontextuellen Analyse der PGD ergeben, begründen für SHERWIN nicht das Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Ihrer Ansicht nach ist es nicht gerechtfertigt, die Verantwortung für die Veränderung von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung den individuell betroffenen Frauen allein in Form von Nutzungsverböten von Techniken aufzubürden. Die notwendigen strukturellen Veränderungen hin zu mehr sozialer Gerechtigkeit stellen für SHERWIN vielmehr ein kollektives gesellschaftliches Projekt dar. Durch diese Argumentation gelingt es SHERWIN, in ihren primär strukturbezogenen Orientierungs- und Beurteilungsmodus Aspekte individueller Fürsorge zu integrieren (siehe 3.3.3).

Als Stärke der ethischen Theoriebildung von SHERWIN erweist sich ihre Orientierung an einer grundlegenden Perspektive: der Analyse von Strukturen von Dominanz und Unterdrückung und der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit. Dadurch lässt sich der ethische Ansatz von SHERWIN klar und stringent auf ein praktisches ethisches Problem wie die PGD anwenden. SHERWIN will mit ihrem Ansatz die moralischen Erfahrungen

⁶⁰⁷ In der Studie von KATZ et al. wird in diesem Zusammenhang von den Paaren, eine Entscheidungsfindung im Sinne eines *shared decision making* als Modell der Arzt-Patienten-Beziehung bevorzugt (vgl. KATZ et al. 2002, 1121).

und Interessen marginalisierter Gruppen in den ethischen Diskurs einbringen. Dabei liegt ihr Fokus primär auf dem Lebenskontext von Frauen, so dass sich in dieser Hinsicht für die PGD ein Fülle von Anregungen zur Analyse kontextueller Details finden lassen. Die Fokussierung auf sexistische Unterdrückungsmechanismen bedingt allerdings, dass andere Strukturen von Dominanz und Unterdrückung, beispielsweise aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Schichtzugehörigkeit und Behinderung, weniger Beachtung finden. SHERWIN misst diesen Unterdrückungsmechanismen zwar grundsätzliche Bedeutung zu. Für die strukturbezogene Analyse der PGD im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen musste aber im Wesentlichen auf die Ausführungen in anderen ethischen Ansätzen wie KING und KOLLEK zurückgegriffen werden. Das Ineingreifen unterschiedlicher Unterdrückungsmechanismen wird in SHERWINS kontextueller Analyse durch die Konzentration auf eine Perspektive nicht ausreichend berücksichtigt (siehe 2.2.5). SHERWIN stellt in der kontextuellen Analyse der Präimplantationsdiagnostik den strukturbezogenen Gesichtspunkten den Aspekt der Fürsorge für die individuell betroffenen Frauen oder Paare gegenüber. Dadurch ergibt sich eine Spannung zwischen der Ablehnung der PGD aufgrund der strukturbezogenen kontextuellen Analyse und der Befürwortung der Einführung der PGD aufgrund des Aspekts der Fürsorge für die individuell betroffenen Frauen mit dem Risiko der Vererbung einer genetisch bedingten Erkrankung (siehe 3.3.3). SHERWINS ethische Theoriebildung enthält konzeptionell keine eindeutigen Vorschläge, wie Konflikte zwischen dem strukturbezogenen Urteilsmodus und den individuellen Interessen Betroffener zu lösen seien (siehe 2.2.5). Auf der Ebene der praktischen Urteilsfindung löst SHERWIN im Hinblick auf die Techniken der assistierten Reproduktion und der PGD den Konflikt dahingehend, dass sie die Einführung der PGD insgesamt befürwortet. Zugleich fordert sie Veränderungen der Strukturen von Dominanz und Unterdrückung auf der gesellschaftlichen Ebene, um möglichen negativen Konsequenzen der PGD zu begegnen (siehe 3.3.3). Es erscheint mir allerdings fraglich, ob die im Sinne SHERWINS zu fordernden gesellschaftlichen Veränderungen der Strukturen von Dominanz und Unterdrückung zu einem Ausmaß zu verwirklichen sind, dass sie die aus der strukturbezogenen kontextuellen Analyse abgeleiteten Argumente gegen die PGD aufwiegen und damit die Einführung der Präimplantationsdiagnostik schlüssig und ethisch gerechtfertigt begründet werden kann.

Die praxisbezogene ethische Analyse der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland führt sowohl aus der Perspektive der ethischen Theorie-

bildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS als auch aus der Perspektive der ethischen Theoriebildung von SHERWIN zu einem ähnlichen praktisch-ethischen Urteil: der Befürwortung der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik unter begrenzenden und einschränkenden Bedingungen. Die entspricht der von BEAUCHAMP und CHILDRESS in ihrem Ansatz geäußerten Erfahrung der Konvergenz unterschiedlicher ethischer Hintergrundtheorien auf der Ebene praktischer ethischer Urteile.⁶⁰⁸ Die beiden ethischen Theorien sind soweit spezifiziert und konkretisiert, dass sie hilfreiche Kategorien zur Analyse der PGD bieten und die Betrachtung einer Vielzahl kontextueller Aspekte der PGD ermöglichen. Sie zeichnen sich somit durch ein hohes Maß an Praxisorientierung aus. Die Stärke der ethischen Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS liegt in der konkreten, fallbezogenen ethischen Analyse mit dem Ziel der Erarbeitung konsensfähiger, praktischer Lösungen. Die Stärke des ethischen Ansatzes von SHERWIN liegt in der strukturbezogenen, gesellschaftskritischen ethischen Analyse mit dem Ziel der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit.

4.3 Kontextsensitivität

Übereinstimmend verfolgen moderne biomedizinethische Theoriebildungen das Ziel, Normen und Kriterien zur praxisnahen Analyse konkreter moralischer Konfliktfälle zu entwickeln. Besonderes Augenmerk findet dabei die Erfassung der kontextuellen Besonderheiten einer Konfliktsituation, die Kontextsensitivität eines ethischen Ansatzes (siehe 1). Anhand der Kriterien der Kontextsensitivität von KRONES und RICHTER werde ich abschließend diskutieren, in wieweit sich die ethischen Ansätze von BEAUCHAMP/CHILDRESS und SHERWIN in der praxisbezogenen Überprüfung als kontextsensitiv erwiesen haben. Nach KRONES und RICHTER zeichnen sich kontextsensitive ethische Theorien durch einen eklektischen theoretischen Ansatz, durch Interdisziplinarität, die Generierung ethischer Kriterien aus der Alltagsmoral, dem reflexiven Bezug von Theorie und Praxis, der Bewährung der ethischen Theorie in der praktischen Anwendung, dem Verständnis von Menschen als sozialen Akteuren und der Anerkennung der Fehlbarkeit erreichter praktischer Urteile und Lösungen aus.⁶⁰⁹

⁶⁰⁸ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 109ff.; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 376f.

⁶⁰⁹ Vgl. KRONES/RICHTER 2005, 310f.

Die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS kann als eklektisch bezeichnet werden, da sie in ihrem Ansatz unterschiedliche ethische Theorierichtungen darstellen. Sie benennen die Unzulänglichkeiten der jeweiligen Theorierichtungen und zeigen gleichzeitig die Konvergenzen mit ihrem theoretischen Ansatz auf. Die positiven methodischen Ansätze und Kriterien übernehmen sie in ihre eigene Theoriebildung. Die vier Prinzipien mittlerer Reichweite stellen zwar das theoretische Fundament ihrer ethischen Theoriebildung dar, sie bilden jedoch nicht die alleinige Grundlage. So versuchen BEAUCHAMP und CHILDRESS beispielsweise, das Konzept ethischer Tugenden in ihre Theoriebildung zu integrieren (siehe 2.1.1 und 2.1.2).⁶¹⁰ SHERWIN setzt sich in ihrer ethischen Theoriebildung mit traditionellen ethischen Theorierichtungen auseinander und verortet sich innerhalb der verschiedenen feministischen Theorierichtungen. Sie bezeichnet ihren theoretischen Ansatz dezidiert als einen eklektischen (siehe 2.2.1).⁶¹¹ Sowohl BEAUCHAMP und CHILDRESS als auch SHERWIN generieren ihre ethischen Normen aus der *common morality*, dem allgemeinen Moralempfinden.⁶¹² Theorie und Praxis verhalten sich in ihren ethischen Ansätzen durch den Bezug auf RAWLS Konzept des Überlegungsgleichgewichts reflexiv zueinander. Ethische Theoriebildung und praktische Anwendung treten in einen dialektischen Prozess ein, der zu einem möglichst kohärenten Begründungssystem führen soll. Da dieses System offen für Revisionen ist, können sich notwendigerweise die gewonnenen praktisch-ethischen Urteile und Lösungen verändern. Die Bewährung der ethischen Theoriebildung in der Praxis ist ein zentrales Qualitätskriterium beider Ansätze (siehe 2.1.2 und 2.2.2.2).

Während die Kriterien der eklektischen Theoriebildung, der Generierung von Prinzipien und Normen aus der Alltagsmoral, des reflexiven Bezugs von Theorie und Praxis,

⁶¹⁰ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 1994, 45-111; BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 26-51.338-377. RAUPRICH bezeichnet die ethische Theoriebildung von BEAUCHAMP und CHILDRESS nicht als eklektisch, da sie in der Überarbeitung ihres Ansatzes mit der Begründung der Prinzipien in der *common morality* und der Kohärenztheorie zunehmend eine eigenständige Theoriebildung entwickelt hätten (vgl. RAUPRICH 2005b, 240f.). Meiner Auffassung nach zeigt jedoch gerade der Rekurs auf die Tugenden, die in der fünften Auflage noch an Stellenwert gewinnen, dass sich BEAUCHAMP und CHILDRESS weiterhin um die Integration von positiven Aspekten aus anderen ethischen Theoriebildungen bemühen (auch wenn der konzeptionelle Zusammenhang zwischen Prinzipien und Tugenden eher schwach ausfällt).

⁶¹¹ Vgl. SHERWIN 1992, 27-57.

⁶¹² Ihr Verständnis der *common morality* unterscheidet sich jedoch. Während BEAUCHAMP und CHILDRESS unter *common morality* eine Gruppe von universell gültigen Normen verstehen, die von allen moralisch seriös denkenden Menschen zu allen Zeiten und an allen Orten geteilt werden können (vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 3), nimmt SHERWIN an, dass die aus dem allgemeinen Moralempfinden generierten Normen immer von ihrem sozialen und historischen Kontext abhängig sind. Sie fordert im Rahmen in ihrer ethischen Theoriebildung die herrschaftskritische Revision dieser Prinzipien und Regeln (vgl. SHERWIN 1992, 68).

der Bewährung der ethischen Theoriebildung in der praktischen Anwendung und der Anerkennung der Fehlbarkeit von erreichten praktischen Urteilen von den ethischen Entwürfen von BEAUCHAMP und CHILDRESS und von SHERWIN in ähnlichem Maße erfüllt werden, sehe ich in Bezug auf die Kriterien der Interdisziplinarität und der Anerkennung des Menschen als sozial bezogenes Wesen Unterschiede. Interdisziplinarität erhält durch BEAUCHAMP und CHILDRESS zwar eine positive Wertschätzung in der Erarbeitung praktischer Urteile. Ihre ethische Theoriebildung wurde nicht zuletzt durch die Erfahrungen in der interdisziplinären *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* angestoßen. Im Abschlussbericht dieser Kommission, dem *Belmont Report*, wurden die erarbeiteten Richtlinien unter Berufung auf die Prinzipien des Respekts vor Personen, des Wohltuns und der Gerechtigkeit begründet, die den Prinzipien der „*Principles of Biomedical Ethics*“ ähneln. Trotz unterschiedlicher theoretischer Hintergründe beobachteten BEAUCHAMP und CHILDRESS eine Konvergenz auf der Ebene der Prinzipien mittlerer Reichweite.⁶¹³ SHERWINS Verständnis von Interdisziplinarität ist im Vergleich mit BEAUCHAMP und CHILDRESS ein umfassenderes. So bezieht sie sich in ihrer ethischen Theoriebildung nicht nur auf den Konsens zwischen verschiedenen Expertengruppen. Sie vertritt explizit die Einbeziehung von Berufsgruppen in Richtlinienarbeit und konkrete Fallbeurteilungen, die innerhalb der Strukturen von Dominanz und Unterdrückung im Gesundheitswesen auf einer niedrigeren Hierarchiestufe stehen wie beispielsweise Pflegepersonal (siehe 3.3.3). Auch deren Erfahrungen und Kompetenzen sind für SHERWIN in der Erarbeitung von Verfahrensrichtlinien wertvoll. In der aktuellen Praxis im Gesundheitswesen empfindet SHERWIN sowohl die Erfahrungen und Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen und Patienten als auch der nichtärztlichen Berufsgruppen als unterrepräsentiert in der Gestaltung von Strukturen, der Festlegung von Richtlinien und der Festlegung von Bereitstellung und Durchführung von Diagnostiken, Therapien und Forschungsvorhaben.⁶¹⁴ Interdisziplinarität beinhaltet im Sinne SHERWINS die kritische Analyse der Rolle so genannter Experten oder Expertengruppen im Gesundheitswesen und eine Veränderung von Entscheidungsstrukturen hin zu einer gerechten Mitbestimmung aller beteiligten und betroffenen Personengruppen.

⁶¹³ Vgl. CHILDRESS 1994, 85; SCHRÖDER 2002, 49.

⁶¹⁴ Vgl. SHERWIN 1992, 86.92-95.

SHERWIN betont die Einbindung von Menschen in soziale Bezüge in einem stärkeren Maße als BEAUCHAMP/CHILDRESS. Dies lässt sich anhand der Spezifizierung des Autonomiebegriffs verdeutlichen. BEAUCHAMP und CHILDRESS verstehen Autonomie als individuelle Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Grundvoraussetzung für diese Fähigkeit ist die individuelle Kompetenz, Informationen zu verstehen, abzuwägen und Entscheidungen zu treffen. Der Einfluss der sozialen Bezüge der entscheidenden Personen wird lediglich in dem Kriterium der Freiheit von kontrollierenden Einflüssen thematisiert. Nach BEAUCHAMP und CHILDRESS sind für die kontextuelle Analyse nur die sozialen Beziehungen und Strukturen relevant, durch die unmittelbar Überredung, Manipulation oder Zwang ausgeübt wird (siehe 2.1.3).⁶¹⁵ SHERWIN berücksichtigt in ihrem Konzept der relationalen Autonomie alle sozialen Bezüge, die auf Entscheidungsfindungen Einfluss nehmen können: sowohl die persönlichen Beziehungen als auch die politischen Rahmenbedingungen.⁶¹⁶ Ihrer Meinung nach werden Selbstverständnis und Fähigkeiten von Personen innerhalb eines Netzwerks sozialer Beziehungen geprägt und verändert. Individuelle Möglichkeiten und Entscheidungen werden durch soziale und politische Strukturen mitbeeinflusst.⁶¹⁷ SHERWINS relationales Autonomiekonzept fordert dazu auf, die Handelnden in ihren sozialen Beziehungen wahrzunehmen. Dabei sollen die emotionalen Bindungen und Verantwortlichkeiten in persönlichen Beziehungen berücksichtigt werden (in Bezug auf die PGD beispielsweise die Verantwortlichkeiten gegenüber bereits geborenen Kindern) und der Einfluss von Strukturen der Dominanz und Unterdrückung (beispielsweise die Zunahme des normierenden Einflusses von Ärztinnen und Ärzten auf das Reproduktionsverhalten von Frauen oder die strukturellen Benachteiligungen von Eltern mit behinderten Kindern). Der oftmals subtile Einfluss solcher Faktoren auf individuelle Entscheidungsprozesse muss nach SHERWIN im Rahmen der kontextuellen Analyse benannt werden. Entscheidungen und Handlungen müssen in ihrer Verortung in sozialen und politischen Strukturen betrachtet werden. Sie sind trotzdem, auch für SHERWIN, von den Entscheidenden und Handelnden individuell zu verantworten.

Die ethischen Ansätze von BEAUCHAMP und CHILDRESS und von SHERWIN sind unter Berücksichtigung der Kriterien von KRONES und RICHTER als kontextsensitiv zu bezeichnen. Die Aspekte der Interdisziplinarität und das Verständnis des Menschen als

⁶¹⁵ Vgl. BEAUCHAMP/CHILDRESS 2001, 58-77.

⁶¹⁶ Vgl. SHERWIN 1998, 19.

sozial bezogenes Wesen finden in SHERWINS ethischer Theoriebildung stärkere Beachtung. Insgesamt zeigt sich bei SHERWIN ein umfassenderer Kontextbegriff als bei BEAUCHAMP und CHILDRESS. Während BEAUCHAMP und CHILDRESS den Fokus ihrer kontextuellen Analysen auf die individuellen Bedürfnisse und Interessen der unmittelbar betroffenen legen und strukturelle Faktoren in ethischen Konfliktfällen eher im Sinne unmittelbarer Einflussfaktoren wie gesetzliche Rahmenbedingungen, Richtlinien, Finanzierung und Rationierung betrachten (siehe 3.2), geht SHERWINS Kontextverständnis über die Analyse unmittelbarer Einflussfaktoren hinaus. Die Berücksichtigung der impliziten Auswirkungen von strukturellen Machtverhältnissen auf individuelle Entscheidungsprozesse und die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ist essentieller Bestandteil ihrer kontextuellen Analyse. Sowohl Interessen und Bedürfnisse als auch Werte und Normvorstellungen sollen auf ihre Entstehung und Verortung in ihrem gesellschaftlichen Kontext hin untersucht und herrschaftskritisch hinterfragt werden. So zeigt sich in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik, dass das unterschiedliche Kontextverständnis von BEAUCHAMP und CHILDRESS und von SHERWIN zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der kontextuellen Analyse führt. Die kontextuelle Analyse im Sinne von BEAUCHAMP und CHILDRESS ergibt einen stärkeren Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Paare und den individuellen Risiken durch die IVF/ICSI, die kontextuelle Analyse im Sinne SHERWINS einen Schwerpunkt auf der Untersuchung der strukturellen Auswirkungen der Einführung der PGD auf die Lebenssituation von Frauen und Menschen mit Behinderungen als Gruppe. In der ethischen Beurteilung der Einführung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland kommen beide kontextuellen Analysen jedoch zu einem ähnlichen Ergebnis: der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik unter einschränkenden und kontrollierenden Bedingungen.

⁶¹⁷ Vgl. SHERWIN 1998, 34-39.

5 Literaturverzeichnis

- Adams, Karen / Cain, Joanna M. 2002;** The genetic revolution: new ethical issues for obstetrics and gynaecology, in: Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology (16.5) 2002, 745-756.
- Arbeitskreis Frauengesundheit 2002;** Wollen wir alles machen, was wir können? Stellungnahme des AKF zur Pränataldiagnostik und zur Präimplantationsdiagnostik, unter: http://www.akf-info.de/compresso/3_3_aktuell/detail.php?nr=209&kategorie=3_3_aktuell am 09.02.2007.
- Alfirevic, Z. / Sundberg, K. / Brigham S. 2003;** Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis, in: Cochrane Database System Review (3) 2003, CD003252.
- Alsaili, Mansour / Yuzpe, Albert / Tummon, Ian / Parker, Janice / Martin, James / Daniel, Susan / Rebel, Margaretha / Nisker, Jeffrey 1995;** Cumulative pregnancy rates and pregnancy outcome after in-vitro fertilization: <5000 cycles at one centre, in: Human Reproduction (10.2) 1995, 470-474.
- Arras, John D. 1998a;** A case approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 106-114.
- Arras, John D. 1998b;** Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics, in: Monagle, John F. / Thomasma, David C. (Hg.); Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century, Gaithersburg/USA 1998, 541-553.
- Aubeeluck, A. 2005;** Caring for the carers: quality of life in Huntington's disease, in: British Journal of Nursing 2005, 452-454.
- Baier, Anette C. 1985;** Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals, Minneapolis 1985.
- Baier, Anette C. 1993;** Hume, der Moraltheoriker der Frauen?, in: Nagl-Docekal, Hertha / Pauer-Studer, Herlinde (Hg.); Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik, Frankfurt/Main 1993, 105-134.
- Baram, D. / Tourtelot, E. / Muechler, E. / Huang, Ko-En 1988;** Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilisation, in: Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (9) 1988, 181-190.
- Bastijn, Sophie 1999;** Genetische Präimplantationsdiagnostik (PGD) in europäischer Perspektive, in: Ethik in der Medizin (11) 1999 (Suppl. 1), S70-S76.
- Baumgartner, Hans Michael 1998;** Art. Prinzipien, in: Korff, Wilhelm (Hg.); Lexikon der Bioethik Bd.3, Gütersloh 1998, 64-66.
- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. 1994;** Principles of Biomedical Ethics, New York 4. Aufl. 1994.
- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. 1997;** From Principles of Biomedical Ethics, in: Jecker, Nancy S. u. a. (Hg.); Bioethics: an introduction to the history, methods and practice, Boston/London 1997, 141-146.

- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. 2001;** Principles of Biomedical Ethics, New York 5. Aufl. 2001.
- Beauchamp, Tom L. 1994;** The 'Four-principles' Approach, in: Gillon, Raanan (Hg.); Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 3-12.
- Beauchamp, Tom L. 1996;** The Role of Principles in Practical Ethics, in: Brown, James R. / Normore, Calvin (Hg.); Philosophical perspectives on bioethics, Toronto 1996, 79-95.
- Beauchamp, Tom L. 2005a;** Prinzipien oder Regeln?, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 109-119.
- Beauchamp, Tom L. 2005b;** Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 48-73.
- Beier, Henning M. 1999;** Definition und Grenze der Totipotenz: Aspekte für die Präimplantationsdiagnostik, in: Ethik in der Medizin (11/ Suppl. 1) 1999, S23-S37.
- Benhabib, Seyla 1989;** Der verallgemeinerte und der konkrete Andere. Ansätze zu einer feministischen Moraltheorie, in: List, Elisabeth / Studer, Herlinde (Hg.); Denkverhältnisse. Feminismus und Kritik, Frankfurt/Main 1989, 454-487.
- Bernstein, L. / Hanisch, R. / Sullivan-Halley, J. / Ross, K. R. 1995;** Treatment with human chorionic gonadotropin and risk of breast cancer, in: Cancer and Epidemiol. Biomarkers Prev. (4) 1995, 437-440.
- Berufsordnung für die deutschen Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 98. Deutschen Ärztetages in Stuttgart sowie die Richtlinien zur Durchführung des intratubaren Gametentransfers, der In-Vitro Fertilisation mit Embryonentransfer und anderer verwandter Methoden 1996,** in: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, C-295-304.
- Beylerveld, Deryck 1998;** The moral and legal status of the human embryo, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 247-260.
- Beylerveld, Deryck 1999;** Does PID solve the moral problems of prenatal diagnosis? A rights analysis, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 135-140.
- Bijma, H. H. / Wildshut, H. I. / van der Heide, A. / Passchier, J. / Wladimiroff, J. W. / van der Maas, P. J. 2005;** Parental decision-making after ultrasound diagnosis of a serious foetal abnormality, in: Fetal Diagnosis and Therapy (20) 2005, 321-327.
- Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz 1999;** Präimplantationsdiagnostik. Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen, Mainz 1999.
- Birnbacher, Dieter 1998;** Do modern reproductive technologies violate human dignity?, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 325-333.
- Birnbacher, Dieter 1999;** 'Quality control' in reproduction – what can it mean, what should it mean?, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 119-126.

- BKA 2006**; Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung; in: PKS Berichtsjahr 2005, 137-142, veröffentlicht unter: <http://www.bka.de/pks/pks2005/index2html> am 27.08.2006.
- Blumberg, B. D. / Golbus, M. S. / Hanson, M. D. 1975**; The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology (122) 1975, 799-808.
- Bok, S. 1978**; Lying: Moral Choice in Public and Private Life, New York 1978.
- Bondolfi, Alberto 1998**; IVF, its success rates and their ethical significance, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 171-172.
- Borchers, Dagmar / Czaniera, Uwe 2005**; Wenn Prinzipien nicht weiterhelfen – Argumentationsmuster als Nothelfer in moralischen Sonderfällen, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 439-464.
- Borkenhagen, Ada / Kentenich, Heribert 2005**; Einstellungen und Wissen von Kinderwunschpaaren zur Präimplantationsdiagnostik: Erste Ergebnisse einer quantitativen Erhebung, in: David, Matthias / Siedentopf, Friederike / Siedentopf, Jan-Peter / Neises, Mechthild (Hg.); Willkommen und Abschied – Psychosomatik zwischen Präimplantationsdiagnostik und palliativer Karzinomtherapie. Beiträge der Jahrestagung 2004 der DGPF, Gießen 2005, 187-189.
- Botting, B. J. / Macfaerlane, A. J. / Price, F. V. 1990**; Three, four and more. A study of triplet and higher order births, London 1990.
- Bouchard, L. / Renaud, M. 1997**; Female and male physicians' attitudes toward prenatal diagnosis: a pan-canadian survey, in: Human Reproduction (44.3) 1997, 381-392.
- Boyle, Joseph 1991**; "Who is entitled to Double Effect?", in: Journal of Medicine and Philosophy (16) 1991, 475-494.
- Boyle, Joseph 1998**; An absolute rule approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 72-79.
- Braga, C. / Negri, E. / La Vecchia, C. / Parazzini, F. / Dal Maso, L. / Franceschi, Silvia 1996**; Fertility treatment and risk of breast cancer, in: Human Reproduction (11.2) 1996, 300-303.
- Brambati, B. / Tuku, L. 2005**; Chorionic villus sampling and amniocentesis (17.2) 2005, 197-201.
- Braude, Peter R. 1994**; *Fertilization In Vitro*, in: Gillon, Raanan (Hg.); Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 985-992.
- Braun, Kathrin 2000**; Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik, Frankfurt/Main 2000.
- Bredbacka, P. 2001**; Progress on methods of gene detection in preimplantation embryos, in: Theriogenology (55) 2001, 23-34.
- Brewaeys, A. / van Hall, E. 1997**; Review: Lesbian mother families: The impact on Child and Family Development, in: Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (18) 1997, 1-17.

- Brewaey**s, Anne **2005**; Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Mütter berechtigt?, in: David, Matthias / Siedentopf, Friederike / Siedentopf, Jan-Peter / Neises, Mechthild (Hg.); Willkommen und Abschied – Psychosomatik zwischen Präimplantationsdiagnostik und palliativer Karzinomtherapie. Beiträge der Jahrestagung 2004 der DGPF, Gießen 2005, 27-39.
- Bruckner**, Carola M. **1990**; Moralstrukturen. Grundlagen der Care-Ethik, Weinheim 1990.
- Brüderl**, L. / **Paetzold**, B. **1992**; Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit, Weinheim 1992.
- Brummet**, Carolin / **May**, Stefan **2000**; Zur aktuellen rechtspolitischen Diskussion in der Medizin am Beispiel der assistierten Reproduktion und Humangenetik, in: Medizinische Genetik (12) 2000, 353-356.
- Bundesärztekammer** **1998**; Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion, in: Deutsches Ärzteblatt (95.49) 1998, A-3166-3171.
- Bundesärztekammer** **2000**; Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik, in: Deutsches Ärzteblatt (97.9) 2000, A-525-528.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** **2002**; Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Stuttgart 2. Aufl. 2002.
- Bundestag** **1990**; Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz-EschG), unter: www.bmgesundheit.de/rechts/genfpm/embryo/embryo.htm am 17.02.2001.
- Bundesverfassungsgericht** **1975**; Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Bd. 39, Tübingen 1975.
- Bundesverfassungsgericht** **1993**; Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Bd. 88, Tübingen 1993.
- Buse**, Gunhild **1993**; Macht – Moral – Weiblichkeit. Eine feministisch-theologische Auseinandersetzung mit Carol Gilligan und Frigga Haug, Mainz 1993.
- Butler**, Judith **1991**; Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt/Main 1991.
- Callahan**, Daniel **1995**; Bioethics, in: Reich, Warren Thomas (Hg.); Encyclopedia of Bioethics Bd.1, New York 1995, 247-256.
- Carrera**, M. / **Veiga**, A. **1998**; Chromosome analysis of human preimplantation embryos, in: Croatian Medical Journal (39.2) 1998, 121-126.
- Cederblad**, M. / **Friberg**, B. / **Ploman**, F. / **Sjöberg**, N. O. / **Stjernqvist**, K. / **Zackrisson**, E. **1996**; Intelligence and behaviour in children born after in-vitro-fertilization treatment, in: Human Reproduction (11) 1996, 2052-2057.
- Chadwick**, Ruth **1999**; Preimplantation diagnosis – implications for genetic counseling, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 251-258.
- Chan**, R. / **Raboy**, B. / **Patterson**, C. J. **1998**; Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers, in: Child Development (69) 1998, 443-457.

- Charbonnier, Ralph 2005**; Johannes Fischers <Theorie des Überlegungsgleichgewichts> als Modell theologischer angewandter Ethik zwischen Prinzipien- und Intuitionsethik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 366-377.
- Childress, James F. 1991**; Ethics, Public Policy, and Human Fetal Tissue Transplantation, in: Kennedy Institute of Ethics Journal (1.2) 1991, 93-121.
- Childress, James F. 1994**; Principles-Oriented Bioethics: An Analysis and Assessment from Within, in: DuBose, Edwin R. u. a. (Hg.); A Matter of Principles? – Ferment in U.S. Bioethics, Valley Forge/Pennsylvania 1994, 72-98.
- Childress, James F. 1996**; Konsens in Ethik und Politik. Am Beispiel der Forschung an fötalem Gewebe, in: Bayertz, Kurt (Hg.); Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall, Frankfurt/Main 1996, 203-236.
- Childress, James F. 1997**; Practical reasoning in bioethics, Bloomington/Indianapolis 1997.
- Childress, James F. 1998**; A principle-based approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 61-71.
- Churchill, Larry R. 1994**; Rejecting Principlism, Affirming Principles: A Philosopher reflects on the Ferment in U.S. Bioethics, in: DuBose, Edwin R. u. a. (Hg.); A Matter of Principles? – Ferment in U.S. Bioethics, Valley Forge/Pennsylvania 1994, 321-331.
- Clausen, Jens 2005**; Zur Bedeutung des Reflexionsgleichgewichts für die Spezifizierung allgemeiner Prinzipien zu *prima facie* gültigen moralischen Regeln, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 378-396.
- Clouser, Danner / Gert, Bernard 1990**; ‚A critique of principlism’, in: Journal of Medicine and Philosophy (15) 1990, 219-236.
- Clouser, Danner / Gert, Bernard 1997**; A Critique of Principlism, in: Jecker, Nancy S. u. a. (Hg.); Bioethics: an introduction to the history, methods and practice, Boston/London 1997, 147-151.
- Clouser, Danner / Gert, Bernard 2005**; Eine Kritik der Prinzipienethik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 88-108.
- Cohen, J. / de Mouzon, J. / Lancaster, P. 1993**; ART World Report 1991, in: World Congress on IVF and ART 1993.
- Cook, Rebecca J. 1994**; Feminism and the Four Principles, in: Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 193-206.
- Cooke, Ian D. 1998**; Counselling practice, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 135-137.
- Crosthwaite, Jan 1995**; Review Essay: No longer patient, in: Bioethics (9.1) 1995, 72-79.
- Dahl, Edgar 2003**; Ethical issues in new uses of preimplantation genetic diagnosis. Should parents be allowed to use preimplantation genetic diagnosis to choose

sexual orientation of their children?, in: Human Reproduction (18.7) 2003, 1368-1369.

Daniels, Norman 2005; Das weite Überlegungsgleichgewicht in der Praxis, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 340-365.

Davies-Osterkamp, S. 1991; Psychologische Untersuchungen im Rahmen künstlicher Befruchtungstechniken; eine kritische Bestandsaufnahme, in: Brähler, Elmar / Meyer, Annelene (Hg.); Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin, Berlin 1991, 15-36.

Davis, Richard B. 1995; The Principlism Debate: a Critical Overview, in: Journal of Medicine and Philosophy (20) 1995, 85-105.

Daya, Salim 2005; Life table (survival) analysis to generate cumulative pregnancy rates in assisted reproduction: are we overestimating our success rates?, in: Human Reproduction (20.5) 2005, 1135-1143.

de Wert, Guido 1998; Dynamik und Ethik der genetischen Präimplantationsdiagnostik – Eine Erkundung, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 327-357.

de Wert, Guido 1999; Ethics of preimplantation genetic diagnosis, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 75-96.

de Witte, Joke 1999; Justice and preimplantation diagnosis, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 293-298.

DeGrazia, David 1992; Moving forward in Bioethical Theory: Theories, Cases, and Specified Principlism, in: Journal of Medicine and Philosophy (17) 1992, 511-539.

Deutscher Ärztinnenbund 2001; Dammbruch-Effekt befürchtet: Ärztinnenbund lehnt in Ethik-Stellungnahme Präimplantationsdiagnostik ab, unter: <http://www.aerztinnenbund.de/Praeimplantationsdiagnostik.0.235.1.html> am 01.01.2007.

Deutsches IVF Register 2004; Jahrbuch 2004, unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de> am 25.10.2006.

Donnai, P. / Charles, N. / Harris, R. 1981; Attitudes of patients after “genetic” termination of pregnancy, in: British Medical Journal (282) 1981, 621-622.

Draper, Heather / Chadwick, Ruth 1999; Beware! Preimplantation genetic diagnosis may solve some old problems but it also raises new ones, in: Journal of Medical Ethics (25) 1999, 114-120.

Dreyfus, Hubert L. / Rabinow, Paul 1987; Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, Frankfurt/Main 1987.

Düwell, Marcus / Steigleder, Klaus 2003; Bioethik – Zu Geschichte, Bedeutung und Aufgaben, in: dies. (Hg.); Bioethik – Eine Einführung, Frankfurt/Main 2003, 12-37.

- Düwell, Marcus 1998**; Ethik in der genetischen Frühdiagnostik – eine Problemskizze, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 26-48.
- Düwell, Marcus 1999**; Präimplantationsdiagnostik – eine Möglichkeit genetischer Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive, in: Ethik in der Medizin (11.Suppl. 1) .1999, S4-S15.
- Dworkin, Gerald 1972**; Paternalism, in : The Monist 56.1972, 64-84.
- Edwards, Robert G. 1998**; Introduction and development of IVF and its ethical regulation, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 3-18.
- Egozcue, J. / Santaló, J. / Giménez, C. / Durban, M./ Benet, J. / Navarro, J. / Vidal, F. 2002**; Preimplantation genetic screening and human implantation, in: Journal of Reproductive Immunology (55) 2002, 65-72.
- Egozcue, J. / Santaló, J. / Giménez, C. / Perez, N./ Vidal, F. 2000**; Preimplantation genetic diagnosis, in: Molecular and Cellular Endocrinology (166.1) 2000, 21-25.
- Eickmeier, Andrea 1998**; Art. Feminismus, in: Korff, Wilhelm u. a. (Hg.); Lexikon der Bioethik Bd.1, Gütersloh 1998, 740-745.
- Ekwo, Edem E. / Kim, Jae-On / Gosselink, Carol A. 1987**; Parental Perceptions of the Burden of Genetic Disease, in: American Journal of Medical Genetics (28) 1987, 955-963.
- Engels, Eve-Marie 1998**; Der moralische Status von Embryonen und Feten – Forschung, Diagnose, Schwangerschaftsabbruch, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 271-301.
- Englert, Yvon 1998**; The fate of supernumary embryos: what do patients think about it?, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 227-232.
- ESHRE Ethics Task Force 2003**; Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis, in: Human Reproduction (18.3), 649-651.
- ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis Consortium 2000**; data collection II (May 2000), in: Human Reproduction (15.12) 2000, 2673-2683.
- ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis Consortium 2002**; data collection III (May 2001), in: Human Reproduction (17.1) 2002, 233-246.
- ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis Consortium 2005**; data collection IV (May-Dezember 2001), in: Human Reproduction (20.1) 2005, 19-34.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 2001**; The moral status of the preimplantation embryo, in: Human Reproduction (16.5) 2001, 1046-1048.
- Evans, John H. 2005**; Eine soziologische Sicht auf die Entwicklung der Prinzipienethik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 192-209.

- Fagot-Largeault, Anne 1994**; Abortion and Arguments from Potential, in: Gillon, Raanan (Hg.); Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 577-586.
- Fasouliotis, Sozos J. / Schenker, Joseph G. 1998**; Preimplantation genetic diagnosis principles and ethics, in: Human Reproduction (13.8) 1998, 2238-2245.
- Felberbaum, R. / Diedrich, K. 1995**; Schwangerschaft nach In-vitro-Fertilisation, in: Dudenhausen, J. W. (Hg.); Prägravide Risiken: Früherkennung und Beratung vor der Schwangerschaft, Frankfurt/Main 1995, 18-23.
- Felder, Hildegard / Pantke-Ehlers, Eva-Christiane / Meyer, Friedhelm 2000**; Subjektive Körperbeschwerden von Frauen und Männern während einer In-vitro-Fertilisationsbehandlung, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.); Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 17, Göttingen 2000, 102-123.
- Fernandes, John / Saudubray, Jean-Marie / van der Berghe, Georges 2000**; Inborn metabolic diseases: Diagnosis and Treatment, Berlin 3. Aufl. 2000.
- Feuerstein, Günter / Kollek, Regine / Uhlemann, Thomas 2002**; Gentechnik und Krankenversicherung. Neue Leistungsangebote im Gesundheitssystem, Baden-Baden 2002.
- Finck, Carolyn / Meister, Ulrike / Borkenhagen, Ada / Wisch, Sabine / Brähler, Elmar / Stöbel-Richter, Yve 2006**; Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, in: Stöbel-Richter, Yve / Ludwig, Arndt / Franke, Paul / Neises, Mechthild / Lehmann, Antje (Hg.); Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF, Gießen 2006, 173-178.
- Finnis, John 1994**; Abortion and Health Care Ethics II, in: Gillon, Raanan (Hg.); Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 547-557.
- Fiorentino, F. / Biricik, A. / Nuccitelli, A. / De Palma, R. / Kahraman, S. / Iacobelli, M. / Trengia, V. / Caserta, D. / Bonu, M. A. / Borini, A. / Baldi, M. 2006**; Strategies and clinical outcomes of 250 cycles of Preimplantation Genetic Diagnosis of single gene disorders, in: Human Reproduction (21.3) 2006, 670-684.
- Fiorentino, F. / Magli, M. C. / Podini, D. / Ferraretti, A. P. / Nuccitelli, A. / Vitale, N. / Baldi, M. / Gianaroli, L. 2003**; The minisequencing method: an alternative strategy for preimplantation genetic diagnosis of single gene disorders, in: Molecular Human Reproduction (9.7) 2003, 399-410.
- Flaks, D / Fisher, I. / Masterpasqua, F. / Joseph, G. 1995**; Lesbians choosing motherhood: a comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children, in: Developmental Psychology (31), 105-114.
- Foucault, Michel 1976**; Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main 1976.
- Foucault, Michel 1987**; Das Subjekt und die Macht, in: Dreyfus, Hubert L. / Rabinow, Paul (Hg.); Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, Frankfurt/Main 1987, 243-261.
- Frets, Petra G. / Duivenvoorden, Hugo J. / Verhage, Frans / Ketzer, Eva / Niermeijer, Martinus F. 1990b**; Model Identifying the Reproductive Decision

After Genetic Counseling, in: American Journal of Medical Genetics (35) 1990, 503-509.

Frets, Petra G. / Duivenvoorden, Hugo J. / Verhage, Frans / Niermeijer, Martinus F. / van de Berge, Sophie M. M. / Galjaard, Hans 1990a; Factors Influencing the Reproductive Decision After Genetic Counseling, in: American Journal of Medical Genetics (35) 1990, 496-502.

Furtado, S. / Suchowersky, O. 1995; Huntington's disease: recent advances in diagnosis and management, in: Canadian Journal of Neurology and Science 1995, 5-12.

Gagel, D. E. / Ulrich, D. / Pastor, V.-S. / Kentenich, H. 1998; IVF-Paare und IVF-Kinder, in: Reproduktionsmedizin (14) 1998, 31-40.

Garel, M. / Blondel, B. 1992; Assessment at 1 years of the psychological consequences of having triplets, in: Human Reproduction (7) 1992, 729-732.

Garel, M. / Salobir, C. / Blondel, B. 1997; Psychological consequences of having triplets: a 4-year follow-up study, in: Fertility and Sterility (67) 1997, 1162-1165.

Garland, M. / Hunter, D. J. / Colditz, G. A. 1998; Menstrual cycle characteristics and history of ovulation infertility in relation to breast cancer risk in a large cohort of US women, in: American Journal of Epidemiology (144) 1998, 636-643.

Gartrell, N. / Banks, A. / Reed, N. / Hamilton, J. / Rodas, C. / Deck, A. 2000; The National Lesbian Family Study: 3. Interviews of mothers of Five-Year-Olds, in: American Journal of Orthopsychiatry (70.4) 2000, 542-548.

Gianaroli, L. / Magli, M. C. / Ferraretti, A. P. / Fiorentino, A. P. / Garrisi, J. / Munné, S. 1997; Preimplantation genetic diagnosis increases the implantation rate in human in vitro fertilization by avoiding the transfer of chromosomally abnormal embryos, in: Fertility and Sterility (68.6) 1997, 1128-1131.

Gianaroli, L. / Magli, M. C. / Ferraretti, A. P. 2001; The in vivo and in vitro efficiency and efficacy of PGD for aneuploidy, in: Molecular and Cellular Endocrinology (183), S13-S18.

Gianaroli, L. / Magli, M. C. / Fiorentino, A. P. / Baldi, M. / Ferraretti, A. P. 2003; Clinical Value of Preimplantation Genetic Diagnosis, in: Placenta (24) 2003, S77-S83.

Gianaroli, L. / Magli, M. C. / Munné, S. / Fiorentino, A. P. / Montanaro, N. / Ferraretti, A. P. 1997; Will preimplantation genetic diagnosis assist patients with a poor prognosis to achieve pregnancy?, in: Human Reproduction (12.8) 1997, 1762-1767.

Gianaroli, Luca / Magli, M. Cristina / Ferraretti, Anna Pia / Munné, Santiago 1999; Preimplantation diagnosis for aneuploidies in patients undergoing in vitro fertilisation with a poor prognosis: identification of the categories for which it should be proposed, in: Fertility and Sterility (72.5) 1999, 837-844.

Gibbons, W. E. / Gitlin, S.A. / Lanzendorf, S. E. / Kaufmann, R. A. / Slotnik, R. N. / Hodgen, G. D. 1995; Preimplantation genetic diagnosis for Tay Sachs disease: successful pregnancy after pre-embryo biopsy and gene amplification by polymerase chain reaction, in: Fertility and Sterility (63) 1995, 732-738.

Gillam, Lynn 1999; Prenatal diagnosis and discrimination against the disabled, in: Journal of Medical Ethics (25) 1999, 163-171.

- Gilligan, Carol 1995**; Moralische Orientierung und moralische Entwicklung, in: Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.); Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik, München 1995, 79-100.
- Golombok, S. / Tasker, F. / Murray, C. 1997**; Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socio-emotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers, in: Journal of Children Psychology and Psychiatry (38) 1997, 783-791.
- Goosens, V. / Sermon, K. / Lissens, W. / Vandervorst, M. / Vanderfaeille, A. / De Rijcke, M. / De Vos, A. / Henderix, P. / Van de Velde, H. / Van Steirteghem, A. / Liebhaers, I. 2000**; Clinical application of preimplantation genetic diagnosis for cystic fibrosis, in: Prenatal Diagnosis (20), 571-581.
- Görg, Manfred 1995**; Hammurapi, in: Lang, Bernhard (Hg.); Neues Bibel-Lexikon Bd.II, Zürich/Düsseldorf 1995, 22-23.
- Govaerts, F. / Devreker, A. / Delbaere, Ph. / Revelard, Y. Englert 1998**; Short-term medical complications of 1500 oocyte retrievals for in vitro fertilization and embryo transfer, in: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (77) 1998, 239-243.
- Graumann, Sigrid 1998a**; ‚Präimplantationsgenetik‘ – ein wünschenswertes und moralisch legitimes Ziel des Fortschritts in der vorgeburtlichen Medizin?, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 383-414.
- Graumann, Sigrid 1998b**; Putting IVF-clients’ views on the fate of their embryos into context, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 233-239.
- Graumann, Sigrid 1999**; Selektion im Reagenzglas. Versuch einer Bewertung der Präimplantationsdiagnostik, in: Emmrich, Michael (Hg.); Im Zeitalter der Bio-Macht: 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz, Frankfurt/Main 1999, 105-123.
- Graumann, Sigrid 2001**; Gesellschaftliche Folgen der Präimplantationsdiagnostik, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.); Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin, Baden-Baden 2001, 215-220.
- Gray, John 1991**; Mill’s Conception of happiness and the theory of individuality, in: Gray, John / Smith, G. W. (Hg.); J. S. Mill’s On Liberty in focus, London 1991, 190-211.
- Green, Ronald 1990**; Methods in bioethics: A troubled assessment, in: Journal of Medicine and Philosophy (15) 1990, 179-197.
- Gudorf, Christine E. 1994**; A Feminist Critique of Biomedical Principlism, in: DuBose, Edwin R. u. a. (Hg.); A Matter of Principles? – Ferment in U.S. Bioethics, Valley Forge/Pennsylvania 1994, 164-181.
- Gunning, Jennifer 1999**; Legal regulations concerning preimplantation diagnosis, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 261-272.

- Haddad, M. S. / Cummings, J. L. 1997;** Huntington's disease, in: Psychiatry and Clinic in North America (20.4) 1997, 791-807.
- Haker, Hille 1998a;** Genetische Beratung und moralische Entscheidungsfindung, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 238-268.
- Haker, Hille 1998b;** The process of ethical decision-making, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 129-133.
- Haker, Hille 1999a;** Präimplantationsdiagnostik als Vorbereitung von Screening-programmen?, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S104-S114.
- Haker, Hille 1999b;** Selection through prenatal diagnosis and preimplantation diagnosis, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 157-165.
- Haker, Hille 2002;** Ethik der genetischen Frühdiagnostik, Paderborn 2002.
- Handyside, Alan H. / Kontogianni, E. H. / Hardy, K. / Winston, R. M. L. 1990;** Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by y-specific DNA amplification, in: Nature (344) 1990, 768-770.
- Handyside, Alan H. 1998;** Clinical Evaluation of preimplantation genetic diagnosis, in: Prenatal Diagnosis (18) 1998, 1345-1348.
- Hansen, M. / Kurinczuk, J. J. / Bower, C. / Web, S. 2002;** The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization, in: The New England Journal of Medicine (346) 2002, 725-730.
- Harding, Sandra 1994;** Das Geschlecht des Wissens, Frankfurt/Main 1994.
- Harding, Sandra 1995;** Die auffällige Übereinstimmung feministischer und afrikanischer Moralvorstellungen. Eine Herausforderung für feministische Theoriebildung, in: Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.); Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik, München 1995, 162-189.
- Hardy, K. / Martin, K. L. / Leese, H. J. / Winston, R. M. L. / Handyside, A. H. 1990;** Human preimplantation development in vitro is not adversely affected by biopsy at the 8-cell stage, in: Human Reproduction (6) 1990, 708-714.
- Hare, R. M. 1998;** A Utilitarian approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 80-85.
- Harper, J. C. / Wells, D. 1999;** Recent Advances and Future Developments in PGD, in: Prenatal Diagnosis (19.13) 1999, 1193-1199.
- Held, Virginia 1997;** Feminism and Moral Theory, in: Jecker, Nancy S. u. a. (Hg.); Bioethics: an introduction to the history, methods and practice, Boston/London 1997, 152-157.
- Henneman, L. / Bramsen, I. / Van Os, Th. A. M. / Reuling, E. W. / Heyerman, H. G. M. / van der Laag, J. / van der Ploeg, H. M. / ten Kate, L. P. 2001;** Attitudes towards reproductive issues and carrier testing among adult patients and parents of children with cystic fibrosis (CF), in: Prenatal Diagnosis (21) 2001, 1-9.
- Hepp, Hermann 2000;** Präimplantationsdiagnostik – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte, in: Deutsches Ärzteblatt (97.18), B-1037-1041.

- Hildt, Elisabeth 1998a**; Über die Möglichkeit freier Entscheidungsfindung im Umfeld vorgeburtlicher Diagnostik, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 202- 224.
- Hildt, Elisabeth 1998b**; In vitro fertilisation and freedom of action, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 195-201.
- Hildt, Elisabeth 1999**; Some reflections on the use of the term 'prevention' in reproductive medicine, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 243-250.
- Hildt, Elisabeth 2005**; Vom Miteinander und Gegeneinander der Beauchamp-Childress-Prinzipien, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 315-338.
- Höffe, Otfried 1998**; Einführung in Rawls ‚*Theorie der Gerechtigkeit*‘; in: ders. (Hg.); John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit, Berlin 1998, 3-26.
- Højgaard, Astrid / Ingerslev, Hans Jakob / Dinesen, Jakob 2001**; Friendly IVF: patient opinions, in: Human Reproduction (16.7) 2001, 1391-1396.
- Holm, Soren 2005**; Nicht nur Autonomie – die Prinzipien der amerikanischen biomedizinischen Ethik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 210-225.
- Hudson, Kathy L. 2006**; Preimplantation genetic diagnosis: public policy and public attitudes, in : Fertility and Sterility (85.6) 2006, 1638-1645.
- Huinink, Johannes / Brähler, Elmar 2000**; Die Häufigkeit gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.); Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 17, Göttingen 2000, 43-54.
- Jachertz, Norbert 2000**; Am Rande der schiefen Bahn, in: Deutsches Ärzteblatt (97.9) 2000, B-447.
- Jaggar, Alison M. 1990**; Feminist Ethics: Projects, Problems, Prospects, in: Nagl-Docekal, Hertha / Pauer-Studer, Herlinde (Hg.); Denken der Geschlechterdifferenz. Neue Fragen und Perspektiven der feministischen Philosophie, Wien 1990, 143-171.
- Jain, Tarun / Missmer, Stacey A. / Gupta, Raina S. / Hornstein, Mark D. 2005**; Pre-implantation sex selection demand and preferences in an infertility population, in: Fertility and Sterility (83.3) 2005, 649-658.
- Jericho, Helena / Wilton, Leeanda / Gook, Debra A. / Edgar, David H. 2003**; A modified cryopreservation method increases the survival of human biopsied cleavage stage embryos, in: Human Reproduction (18.3) 2003, 568-571.
- Jonsen, Albert R. 2005**; Kasuistik: Eine Alternative oder Ergänzung zu Prinzipien?, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 146-162.
- Joris, H. / Van den Abbeel, E. / De Vos, A. / Van Steirteghem, A. 1999**; Reduced survival after human embryo biopsy and subsequent cryopreservation, in: Human Reproduction (14.11) 1999, 2833-2837.

- Junker-Kenny, Maureen 1998**; Der moralische Status des Embryo im Kontext der Reproduktionsmedizin, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 302-324.
- Junker-Kenny, Maureen 1999**; Categorical arguments – Pro life versus pro choice?, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 147-155.
- Kant, Immanuel 1983**; Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Weischedel, Wilhelm (Hg.); Immanuel Kant. Werke in sechs Bänden Bd. IV, Darmstadt 5. Aufl. 1983, 7-102.
- Katz, Mandy G. / Fitzgerald, Lara / Bankier, Agnes / Savulescu, Julian / Cram, David S. 2002**; Issues and concerns of couples presenting for preimplantation genetic diagnosis (PGD), in: Prenatal Diagnosis (22) 2002, 1117-1122.
- Kee, Baik Soek / Jung, Byeong Jun / Lee, Sang Hoon 2000**; A Study on Psychological Strain in IVF Patients, in: Journal of Assisted Reproduction and Genetics (17.8) 2000, 445-448.
- Keller, M. P. / Chance, P. F. 1999**; Inherited peripheral neuropathy, in: Seminars in Neurology (19.4) 1999, 353-362.
- Keller, Rolf / Günther, Hans-Ludwig / Kaiser, Peter 1992**; Embryonenschutzgesetz. Kommentar zum Embryonenschutzgesetz, Stuttgart 1992.
- Kent-First, Marijo 2000**; The critical and expanding role of genetics in assisted reproduction, in: Prenatal Diagnosis (20) 2000, 536-551.
- Kessler, Seymour 1997**; Psychological Aspects of Genetic Counseling. XI. Nondirectiveness Revisited, in: American Journal of Medical Genetics (72) 1997, 164-171.
- King, David S. 1999**; Preimplantation diagnosis and the 'new' eugenics, in: Journal of Medical Ethics (25) 1999, 176-182.
- King, Deborah 1992**; Mehrfache Unterdrückung, vielfältiges Bewusstsein. Der Kontext eines schwarzen Feminismus, in Frauenkollektiv (Hg.); Basta! Frauen gegen Kolonialismus, Berlin/Amsterdam 1992, 176-212.
- Kingma, W. 1996**; Gaucher disease: an overview of clinical characteristics and therapy, in: Journal of Intravenous Nursing 1996, 79-82.
- Kleinveld, Johanna H. / Timmermans, Danielle R. M. / de Smit, Denhard J. / Adér, Herman J. / van der Wal, Gerrit / ten Kate, Leo P. 2006**; Does prenatal screening influence anxiety levels of pregnant women? A longitudinal randomised controlled trial, in: Prenatal Diagnosis (26) 2006, 354-361.
- Klock, Susan Caruso / Greenfeld, Dorothy A. 2000**; Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study, in: Fertility and Sterility (73.6) 2000, 1159-1164.
- Koch, Hans-Georg 1998**; The legal status of the human embryo, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 261-263.

- Koch, Lene 1998**; Two decades of IVF: A critical appraisal, in : Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 19-28.
- Koch, Lene 1999**, Predictive genetic medicine – a new concept of disease, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 185-195.
- Koenig, Matthias 2005**; Menschenrechte, Frankfurt/Main 2005.
- Köhn, Frank-Michael / Schill, Wolf-Bernhard 2000**; Moderne Techniken der Reproduktionsmedizin, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.); Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 17, Göttingen 2000, 11-26.
- Kolibianakis, E. / Osmanagaoglu, K. / De Catte, L. / Camus, M. / Bonduelle, M. / Liebhaers, I. / Van Steirteghem, A. / Devroey, P. 2003**; Prenatal genetic testing by amniocentesis appears to result in a lower risk of fetal loss than chorionic villus sampling in singleton pregnancies achieved by intracytoplasmic sperm injection, in: Fertility and Sterility (79.2) 2003, 374-378.
- Kollek, Regine 1999**; Vom Schwangerschaftsabbruch zur Embryonenselektion? Expansionstendenzen reproduktionsmedizinischer und gentechnischer Leitungsangebote, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S121-S124.
- Kollek, Regine 2000**; Präimplantationsdiagnostik: Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen 2000.
- Koller, Peter 1998**; Die Grundsätze der Gerechtigkeit, in: Höffe, Otfried (Hg.); John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit, Berlin 1998, 45-70.
- Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V. und Berufsverband Medizinische Genetik e.V. 1995**; Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik, Medizinische Genetik (7) 1995, 420.
- Krones, Tanja / Richter, Gerd 2004**; Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD): European Perspectives and the German Situation, in: Journal of Medicine and Philosophy (29.5) 2004, 623-640.
- Krones, Tanja / Richter, Gerd 2006**; Kontextsensitive Ethik in der Reproduktionsmedizin – Methodik und empirische Ergebnisse, in: Düwell, Marcus / Neumann, Josef N. (Hg.); Wie viel Ethik verträgt die Medizin?, 2006, 307-328.
- Krones, Tanja 2005**; Public, experts and patients' opinions on preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Germany, in: Reproductive BioMedicine Online (10.1) 2005, 116-123.
- Kuhse, Helga / Singer, Peter 1998**; What is bioethics? A historical introduction, in: dies. (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 3-11.
- Kuliev, Anver / Verlinsky, Yury 2005**; Preimplantation diagnosis: a realistic option for assisted reproduction and genetic practice, in: Current Opinion in Obstetrics and Gynecology (17) 2005, 179-183.
- Künzler, J. 1994**; Familiäre Arbeitsteilung. Die Beteiligung von Männern an der Hausarbeit, Bielefeld 1994.

- Küpker, W. / Diedrich, K. 1998;** Präimplantationsdiagnostik im Spannungsfeld von recht und Ethik, in: *Der Gynäkologe* (31) 1998, 369-372.
- Lancaster, P. A. L. / Shafir, E. / Huang, J. 1995;** Assisted Conception Australia and New Zealand 1992 and 1993. Assisted Conception Series No 1, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney/Australia 1995.
- Langley, Martin / Marek, Del / Cieslak, Jeanine / Masciangelo, Christina / Doody, Kathleen M. / Doody, Kevin J. 2001;** Successful Day 5 Transfer and Pregnancies Resulting After Transport of Embryos by Air for Biopsy and Genetic Analysis, in: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* (18.6) 2001, 330-335.
- Laruelle, C. / Englert, Y. 1995;** Psychological study of in-vitro fertilization-embryo transfer participants' attitudes towards the destiny of their supernumerary embryos, in: *Fertility and Sterility* (63) 1995, 1047-1050.
- Laufs, Adolf 1999;** Die deutsche Rechtslage: zur Präimplantationsdiagnostik, in: *Ethik in der Medizin* (11/Suppl. 1) 1999, S55-S61.
- Lavery, S. A. / Aurell, R. / Turner, C. / Castellu, C. / Veiga, A. / Barri, P. N. / Winston, R. M. 2002;** Preimplantation genetic diagnosis: patients' experiences and attitudes, in: *Human Reproduction* (17) 2002, 2464-2467.
- Lavery, S. A. / Aurell, R. / Turner, C. / Taylor, D. M. / Winston, R. M. 1999;** An Analysis of the Demand for and Cost of Preimplantation Genetic Diagnosis in the United Kingdom, in: *Prenatal Diagnosis* (19) 1999, 1205-1208.
- Lebacqz, Karen 1995;** Art. Feminism, in: Reich, Warren T. (Hg.); *Encyclopedia of Bioethics* Bd.2, New York 1995, 808-818.
- Leist, Anton 1998;** Angewandte Ethik zwischen theoretischem Anspruch und sozialer Funktion, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* (46.4) 1998, 753-779.
- Lesch, Walter 1998;** The illusion of neutrality in counselling practice, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 153-154.
- Lesch, Walter 1999;** What claims can be based on the desire for a healthy child? Towards an ethics of 'informed desires', in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 223-233.
- Lewis, C. M. / Pinêl, T. / Whittaker, J. C. / Handyside, A. H. 2001;** Controlling misdiagnosis errors in preimplantation genetic diagnosis: a comprehensive model encompassing extrinsic and intrinsic sources of error, in: *Human Reproduction* (16.1) 2001, 43-50.
- Lichtenthæler, Charles 1984;** Der Eid des Hippokrates – Ursprung und Bedeutung, Köln-Lövenich 1984.
- Liebaers, Ingeborg et al. 1999;** Clinical experience with PID und ICSI, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 3-15.
- Lieberman, Brian A. 1998a;** Success of in vitro fertilisation, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 159-162.

- Lieberman**, Brian A. **1998b**; Multiple pregnancy, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 173-174.
- Lieberman**, Brian A. **1999**; Modification of IVF application and access to IVF services by PID?, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 33-36.
- Liening**, Paul **1998**; Autonomie und neue gendiagnostische Möglichkeiten, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive*, Tübingen 1998, 173-201.
- Lissens**, Willy / **Sermon**, Karen **1997**; Preimplantation genetic diagnosis: current status and new developments, in: *Human Reproduction* (12.8) 1997, 1756-1761.
- Lloyd**, Leonora **1994**; Abortion and Health Care Ethics III, in: Gillon, Raanan (Hg.); *Principles of Health Care Ethics*, New York 1994, 559-576.
- Ludwig**, M. / **Bauer**, O. / **Diedrich**, K. **1997**; Überblick über das ovarielle Überstimulationssyndrom: ein reproduktionsmedizinisch-iatrogenes Krankheitsbild mit internistischer Konsequenz, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* (147) 1997, 516-524.
- Ludwig**, M. / **Diedrich**, Klaus **1999**; Die Sicht der Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Reproduktionsmedizin, in: *Ethik in der Medizin* (11/Suppl. 1) 1999, S38-S44.
- Ludwig**, M. / **Pergament**, D. / **Schwinger**, E. / **Diedrich**, K. **2000**; The situation of preimplantation genetic diagnosis in Germany: legal and ethical problems, in: *Prenatal Diagnosis* (20) 2000, 567-570.
- Ludwig**, M. / **Schöpfer**, B. / **Diedrich**, K. **1999**; Übersicht über aktuelle Aspekte der Präimplantationsdiagnostik, in: *Reproduktionsmedizin* (15) 1999, 65-69.
- Lunshof**, Jeantine E. **1998**; Genetische Beratung: Zwischen Nichtdirektivität und moralischem Diskurs, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive*, Tübingen 1998, 227-237.
- Lustig**, Andrew **1992**; The Method of 'Principlism': A Critique of the Critique, in: *Journal of Medicine and Philosophy* (17) 1992, 487-510.
- Maier**, Barbara **1998a**; Ethische Probleme der Pränataltherapie, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive*, Tübingen 1998, 149-170.
- Maier**, Barbara **1998b**; The effects of IVF on the women involved, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 187-194.
- Maier**, Barbara **1999**; The relation between ICSI and genetic diagnosis from an ethical point of view, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 23-31.
- Manning**, Rita C. **1998**; A care approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); *A Companion to Bioethics*, Oxford/Massachusetts 1998, 98-105.

- Manz, H. G. von 1992;** Typen medizinischer Ethik, in: Amelung, Eberhard (Hg.); Ethisches Denken in der Medizin, Berlin/Heidelberg 1992, 76-91.
- Markmann, Georg 2005;** Prinzipienorientierte Medizinethik im Praxistest, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 398-415.
- Marteau, T. M. / Kidd, J. / Cook, R. / Michie, S. / Johnston, M. / Slack, J. / Shaw, R. W. 1991;** Perceived risk not actual risk predicts uptake of amniocentesis, in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, (98.3), 1991, 282-286.
- Marteau, T. M. / Kidd, J. / Cook, R. / Michie, S. / Johnston, M. / Slack, J. / Shaw, R. W. 1992;** Psychological effects of having amniocentesis: are these due to the procedure, the risk or the behaviour?, in: Journal of Psychosomatic Research (36.4) 1992, 395-402.
- Marteau, T. M. / Plenicar, M. / Kidd, J. 1993;** Obstetricians presenting amniocentesis to pregnant women: practice observed, in: Journal of Reproduction and Infant Psychology (11) 1993, 3-10.
- Marteau, Theresa M. / Drake, Harriet 1995;** Attributions for disability: the influence of genetic screening, in: Social Sciences and Medicine (40.8) 1995, 1127-1132.
- Mau, Ulrike 1998;** Genetic Counselling, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 155-156.
- Mau, Ulrike 1999;** Examples for possible PID indications – scientific background and reflections on effects, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 37-45.
- McGowan, Ruth 1999;** Beyond the disorder: one parents' reflection on genetic counselling, in: Journal of Medical Ethics (25) 1999, 195-199.
- McIntosh, Emma / Ryan, Mandy 1999;** Measuring the benefits of IVF, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 285-291.
- Meister, U. / Finck, C. / Stöbel-Richter, Y. / Schmutzer, G. / Brähler, E. 2005;** Knowledge and attitudes towards preimplantation genetic diagnosis in Germany, in: Human Reproduction (20.1) 2005, 231-238.
- Meschede, Dieter / Horst, Jürgen 1998;** The possible impact of preimplantation diagnosis for infertile couples, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 293-295.
- Meschede, Dieter / Horst, Jürgen 1999;** The various micromanipulative procedures: State of the art, chances, and risks, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 17-21.
- Michie, S. / Bron, F. / Bobrow, M. / Marteau, Th. 1997;** Nondirectiveness in genetic counseling: An empirical study, in: American Journal of Human Genetics (60) 1997, 7-20.
- Miedzybrodzka, Zofia / Templeton, Allan / Dean, John / Haites, Neva / Mollison, Jill / Smith, Norman 1993;** Preimplantation diagnosis or chorionic villus biopsy? Women's attitudes and preferences, in: Human Reproduction (8.12) 1993, 2192-2196.

- Mieth, Dietmar 1998**; Different ethical perspectives in IVF discussion, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 33-37.
- Mieth, Dietmar 1999**; Präimplantationsdiagnostik im gesellschaftlichen Kontext – eine sozialetische Perspektive, in: *Ethik in der Medizin* (11/Suppl. 1) 1999, S77-S86.
- Mill, John S. 1974**; *Über die Freiheit*, übers. V. Lemke, Bruno, Stuttgart 1974.
- Mori, Maurizio 1994**; Abortion and Health Care Ethics I: A Critical Analysis of the Main Arguments, in: Gillon, Raanan (Hg.); *Principles of Health Care Ethics*, New York 1994, 531-546.
- Müller, Hansjakob 1998**; Connecting lines from a medical point of view, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 281-291.
- Müller, Hansjakob 1999**; Should there be a uniform list of genetic diseases allowing access to PID?, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 47-53.
- Munné, Santiago / Cohen, Jacques / Sable, David 2002**; Preimplantation genetic diagnosis for advanced maternal age and other indications, in: *Fertility and Sterility* (78.2) 2002, 234-236.
- Munné, Santiago / Fischer, Jill / Warner, Allison / Chen, Serena / Zouves, Christo / Cohen, Jacques 2006**; Preimplantation genetic diagnosis significantly reduces pregnancy loss in infertile couples: a multicenter study, in: *Fertility and Sterility* (85.2) 2006, 326-332.
- Munné, Santiago / Magli, Cristina / Bahce, Muhterem / Fung, Jingly / Legator, Mona / Morrison, Larry / Cohen, Jacques / Gianaroli, Luca 1998**; Preimplantation Diagnosis of the aneuploidies most commonly found in spontaneous abortions and live births: XY, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, in: *Prenatal Diagnosis* (18) 1998, 1459-1466.
- Munné, Santiago / Magli, Cristina / Cohen, Jacques / Morton, Paula / Sadowy, Sasha / Gianaroli, Luca / Tucker, Michael / Márquez, Carmen / Sable, David / Ferraretti, Anna Pia / Massey, Joe B. / Scott, Richard 1999**; Positive outcome after preimplantation diagnosis of aneuploidy in human embryos, in: *Human Reproduction* (14.9) 1999, 2191-2199.
- Munné, Santiago / Sandalinas, Mireia / Escudero, Tomas / Fung, Jingly / Gianaroli, Luca / Cohen, Jacques 2000**; Outcome of preimplantation genetic diagnosis of translocations, in: *Fertility and Sterility* (73.6) 2000, 1209-1218.
- Munné, Santiago 2001**; Preimplantation genetic diagnosis of structural abnormalities, in: *Molecular and Cellular Endocrinology* (183) 2001, S55-S58.
- Munné, Santiago 2003**; Preimplantation Genetic Diagnosis and Human Implantation – A Review, in: *Placenta* (24) 2003, S70-S76.
- Munné, Santiago / Weier, H. U. G. / Grifo, J. / Cohen, Jacques 1994**; Chromosome mosaicism in human embryos, in: *Biology of Reproduction* (51) 1994, 373-379.
- Nails, Debra 1995**; Sozialwissenschaftlicher Sexismus. Carol Gilligans Fehlvermessung des Menschen, in: Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.); *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik*, München 1995, 101-108.

- Neidert, Rudolf 2000**; Zunehmendes Lebensrecht, in: Deutsches Ärzteblatt (97.51/52) 2000, 51-54.
- Netzer, Christian 1998**; Führt uns die Präimplantationsdiagnostik auf eine schiefe Ebene?, in: Ethik in der Medizin (10) 1998, 138-151.
- Netzer, Christian 1999**; Die Präimplantationsdiagnostik im Spiegel der Ethik, in: Reproduktionsmedizin (15) 1999, 336-342.
- Neuer-Miebach, Therese 1999**; Welche Art von Prävention erkaufen wir uns mit der Zulässigkeit von Präimplantationsdiagnostik?, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S125-S131.
- Newell, Christopher 1999**; The social nature of disability, disease and genetics: a response to Gillam, Persson, Holtug, Draper and Chadwick, in: Journal of Medical Ethics (25) 1999, 172-175.
- Newton, C. R. / Hearn, M. T. / Yuzpe, A. A. 1990**; Psychological implications and acceptability of preimplantation diagnosis, in: Fertility and Sterility (54) 1990, 879-885.
- Nida-Rümelin, Julian 1996**; Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch, Stuttgart 1996.
- Nippert, Irmgard 1998**; Wie wird im Alltag der pränatalen Diagnostik tatsächlich argumentiert? Auszüge aus einer deutschen und einer europäischen Untersuchung, in: Kettner, Matthias (Hg.); Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft, Frankfurt/Main 1998, 53-172.
- Nippert, Irmgard 2000**; Erfahrungen von Hochrisikogruppen mit der Pränataldiagnostik und der mögliche Einfluss dieser Erfahrungen auf die Nachfrage nach der Präimplantationsdiagnostik, in: Medizinische Genetik (12) 2000, 357-358.
- Nunner-Winkler, Gertrud 1995**; Zur Einführung: Die These von den zwei Moralen, in: dies. (Hg.); Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik, München 1995, 9-27.
- O'Neill, Onora 1989**; Constructions of Reason. Explorations of Kant's Practical Philosophy, Cambridge/Massachusetts 1989.
- Oakley, Justin 1998**; A virtue ethics approach, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 86-97.
- Oehmichen, M. 1999**; Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck zur Präimplantationsdiagnostik, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S16-S22.
- Onnen-Iseman, Corinna / Nave-Herz, Rosemarie 2000**; Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin aus soziologischer Sicht – Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.); Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 17, Göttingen 2000, 55-71.
- Palomba, Maria L. / Monni, Giovanni / Lai, Rosalba / Cau, Guiseppina / Olla, Giovanni / Cao, Antonio 1994**; Psychological implications and acceptability of preimplantation diagnosis, in: Human Reproduction (9.2) 1994, 360-362.

- Pastores, G. M. / Weinreb, N. J. / Aerts, H. / Andria, G. / Cox, T. M. / Giralt, M. Grabowski, G. A. / Mistry, P. K. / Tylki-Szymanska, A. 2004;** Therapeutic goals in the treatment of Gaucher disease, in: *Seminars in Hematology* (41.4) 2004, 4-14.
- Patterson, C. 1992;** Children of lesbian and gay parents, in: *Child Development* (63), 1025-1042.
- Patzig, Günther / Schöne-Seifert, Bettina 1995;** Theoretische Grundlagen und Systematik der Ethik in der Medizin, in: Kahlke, Winfried / Reiter-Theil, Stella (Hg.); *Ethik in der Medizin*, 1-9.
- Pauer-Studer, Herlinde 1993;** Moraltheorie und Geschlechterdifferenz. Feministische Ethik im Kontext aktueller Fragestellungen, in: Nagl-Docekal, Hetha / Pauer-Studer, Herlinde (Hg.); *Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik*, Frankfurt/Main 1993, 33-68.
- Pauer-Studer, Herlinde 1994;** Bioethik und Feminismus. Ein Blick auf neue Publikationen, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* (42.1) 1994, 155- 166.
- Pauer-Studer, Herlinde 1996;** Ethik und Geschlechterdifferenz, in: Nida-Rümelin, Julian (Hg.); *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart 1996, 86-136.
- Pelkner, Eva 2001;** Gott Gene Gebärmütter. Anthropologie und Frauenbild in der evangelischen Ethik zur Fortpflanzungsmedizin, Gütersloh 2001.
- Pellegrino, Edmund / Thomasma, David 1988;** *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York 1988.
- Pellicer, Antonio / Rubio, Carmen / Vidal, Francesca / Mínguez, Yolanda / Giménez, Carles / Egozcue, José / Remohí, José / Simón, Carlos 1999;** In vitro fertilisation plus preimplantation genetic diagnosis in patients with recurrent miscarriage: an analysis of chromosome abnormalities in human preimplantation embryos, in: *Fertility and Sterility* 1999 (71.6) 1999, 1033-1039.
- Pennings, Guido 2002;** Personal desires of patients and social obligations of geneticists: applying preimplantation genetic diagnosis for non-medical sex selection, in: *Prenatal Diagnosis* (22) 2002, 1123-1129.
- Pergament, E. 1991;** Preimplantation diagnosis: a patient perspective, in: *Prenatal Diagnosis* (11) 1991, 493-500.
- Persson, Ingmar 1999;** Equality and selection for existence, in: *Journal of Medical Ethics* (25) 1999, 130-136.
- Petersen, T. S. 2005;** Just diagnosis? Preimplantation genetic diagnosis and injustices to disabled people, in: *Journal of Medical Ethics* (31) 2005, 231-234.
- Pfeffer, P. E. / Pfeffer, J. M. / Hodson, M. E. 2003;** The psychosocial and psychiatric side of cystic fibrosis in adolescents and adults, in: *Journal of Cystic Fibrosis* (2) 2003, 61-68.
- Pickering, Susan / Polidoropoulos, Nikolaos / Caller, Jenny / Scriven, Paul / Mackie Ogilvie, Caroline / Braude, Peter 2003;** Strategies and outcomes of the first 100 cycles of preimplantation genetic diagnosis at the Guy's and St. Thomas' Center, in: *Fertility and Sterility* (79.1) 2003, 81-90.

- Pickering, Susan 2003**; Preimplantation genetic diagnosis as a novel source of embryos for stem cell research, in: Reproductive Biomedicine Online (7.3) 2003, 353-364.
- Pieper, Annemarie 1998**; Feministische Ethik, in: Pieper, Annemarie / Thurnherr, Urs (Hg.); Angewandte Ethik: eine Einführung, München 1998, 338-359.
- Platteau, Peter / Staessen, Catherine / Michiels, An / Van Steirteghem, Andre / Liebhaers, Inge / Devroey, Paul 2005**; Preimplantations genetic diagnosis for aneuploidy screening in patients with unexplained recurrent miscarriages, in: Fertility and Sterility (83.2)2005, 393-397.
- Pogge, Thomas W. 1994**; John Rawls, München 1994.
- Purdy, Laura M. 1998**; Assisted reproduction, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 163-172.
- Quante, Michael / Vieth, Andreas 2000**; Angewandte Ethik oder Ethik in Anwendung? Überlegungen zur Weiterentwicklung des principlism, in: Honnefelder, L. / Streffer, C. (Hg.); Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd. 5, Berlin 2000, 5-34.
- Quante, Michael / Vieth, Andreas 2002**; Defending Principlism Well Understood, in: Journal of Medicine and Philosophy (27.6) 2002, 621-649.
- Rachel, James 1998**; Ethical theory and bioethics, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 15-23.
- Rauprich, Oliver 2005a**; Prinzipienethik in der Biomedizin – Zur Einführung, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 11-45.
- Rauprich, Oliver 2005b**; Was ist und wozu dient Prinzipienethik? Versuch einer Konturenschärfung, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 226-250.
- Rawls, John 1988**; Eine Theorie der Gerechtigkeit, übers. v. Hermann Vetter, Frankfurt/Main 4. Aufl. 1988.
- Ray, Pierre F. / Ao, Asangla / Taylor, Deborah M. / Winston, Robert M. L. / Handyside, Alan H. 1998**; Assessment of the reliability of single blastomere analysis for preimplantationdiagnosis of the $\Delta F508$ deletion causing cystic fibrosis in clinical practice, in: Prenatal Diagnosis (18) 1998, 1402-1412.
- Rechitsky, S. / Strom, C. / Verlinsky, O. / Amet, T. / Ivakhnenko, V. et al. 1999**; Accuracy of preimplantation diagnosis of single-gene disorders by polar body analysis of oocytes, in: Journal of Assisted Reproduction and Genetics (16.4) 1999, 192-198.
- Rechitsky, S. / Verlinsky, O. / Amet, T. / Rechitsky, M. / Kouliev, T. / Strom, C. / Verlinsky, Y. 2001**; Reliability of preimplantation diagnosis for single gene disorders, in: Molecular and Cellular Endocrinology (183) 2001, S65-S68.
- Rehbock, Theda 2002**; Autonomie-Fürsorge-Paternalismus. Zur Kritik (medizin-) ethischer Grundbegriffe, in: Ethik in der Medizin (14) 2002, 131-150.
- Rehbock, Theda 2005**; Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns, Paderborn 2005.
- Reiter-Theil, Stella 1998**; Ethical neutrality in counselling? The challenge of infertility, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s.

Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 139-151.

- Reitz, Daniela 2005**; Kontextsensitiv, pragmatisch und konsensbildend? Eine anwendungsbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 416-438.
- Reprokult 2002**; Reprokult Frauen Forum Fortpflanzungsmedizin: Positionen zur Diskussion, in: dies. (Hg.); Reproduktionsmedizin und Gentechnik. Frauen zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Normierung. Dokumentation der Fachtagung 15. Bis 17. November 2001 in Berlin, Köln 2001, 130-140.
- Ricci, E. / Parazzini, F. / Negri, E. / Marisco, S. / La Vecchia, C. 1999**; Fertility drugs and the risk of breast cancer, in: Human Reproduction (14.6) 1999, 1653-1655.
- Richardson, Henry 1990**; Specifying norms as a way to resolve concrete ethical problems, in: Philosophy and Public Affairs (19) 1990, 279-320.
- Richardson, Henry S. 2005**; Spezifizierung von Normen als ein Weg zur Lösung konkreter ethischer Probleme, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 252-290.
- Richter, Gerd / Hoffmann, Georg F. / Koch, Manuela C. / Zoll, Ralf / Krones, Tanja 2003**; Forschungsbericht. Präimplantationsdiagnostik (PID) zwischen Keimbahntransfer und selektivem Abort-Befragung von Hochrisikofamilien zu ihren Präferenzen bezüglich frühestmöglicher vorgeburtlicher Diagnostik, Marburg 2003.
- Richter, Gerd / Schlüter, Elmar / Spuler-Stegemann, Ursula / Zoll, Ralf / Krones, Tanja 2005**; Forschungsbericht. Präimplantationsdiagnostik (PGD) und Präimplantationsscreening (PGS): Gesellschaftliche und ethische Problemfelder einer Etablierung und Ausweitung der PGD, Marburg 2005.
- Richter, Gerd 1992**; Autonomie und Paternalismus – zur Verantwortung des medizinischen Handelns, in: Ethik in der Medizin (4) 1992, 27-36.
- Riedel, Ulrike 2000**; Plädoyer für eine unvoreingenommene, offene Debatte, in: Deutsches Ärzteblatt (97.10), B-514-515.
- Rieser, Sabine 2000**; Präimplantationsdiagnostik: Auftakt des öffentlichen Diskurses, in: Deutsches Ärzteblatt (97.9) 2000, B-445-446.
- Roberts, Celia / Franklin, Sarah 2004**; Experiencing new forms of genetic choice: Findings from an ethnographic study of preimplantation genetic diagnosis, in: Human Fertility (7.4) 2002, 285-293.
- Robertson, John A. 2003**; Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate, in: Human Reproduction (18.3) 2003, 465-471.
- Robinson, Paul 1998**; Prenatal screening, sex selection and cloning, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 173-185.
- Ruangvutilert, Pornpimol / Delhanty, Joy D. A. / Serhal, Paul / Simopoulou, Mara / Rodeck, Charles H. / Harper, Joyce C. 2000**; FISH analysis on day 5 post-insemination of human arrested and blastocyst stage embryos, in: Prenatal Diagnosis (20) 2000, 552-560.

- Ruppel, Katja / Mieth, Dietmar 1998**; Ethische Probleme der Präimplantationsdiagnostik, in: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hg.); Ethik in der Human-genetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik in ethischer Perspektive, Tübingen 1998, 358-379.
- Santaló, J. / Grossmann, M. / Giménez, C. / Marina, F. / Egozcue, J. / Marina, S. / Vidal, F. 2000**; The decision to cancel a preimplanation genetic diagnostic cycle, in: Prenatal Diagnosis (20) 2000, 564-566.
- Scholz, T. / Bartholomäus, S. / Grimmer, I. / Kentenich, H. / Obladen, M. 1999**; Problems of multiple births after ART: medical, psychological, social and financial aspects, in: Human Reproduction (14.12) 1999, 2932-2937.
- Schöne-Seifert, Bettina 1996**; Medizinethik, in: Nida-Rümelin, Julian (Hg.); Ange-wandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Hand-buch, Stuttgart 1996, 552-648.
- Schöne-Seifert, Bettina 1999**; Präimplantationsdiagnostik und Entscheidungsauto-nomie. Neuer Kontext – altes Problem, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S87-S98.
- Schotsmans, Paul 1998**; Connecting lines from an ethical point of view, in : Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 301-310.
- Schotsmans, Paul 1999**; Preimplantation diagnosis. A reflection in light of a personalist ethics, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Repro-duction, Aldershot/England 1999, 97-106.
- Schreiber, H.-L. 2000**; Von richtigen rechtlichen Voraussetzungen ausgehen. Zur rechtlichen Bewertung der Präimplantationsdiagnostik, in: Deutsches Ärzteblatt (97.17) 2000, B-967-968.
- Schröder, Peter 2002**; Rezension. Tom L. Beauchamp, James F. Childress (2001) Principles of Biomedical Ethics, in: Ethik in der Medizin (14) 2002, 49-52.
- Schroeder-Kurth, Traute 1999**; Stand der Präimplantationsdiagnostik aus Sicht der Humangenetik, in: Ethik in der Medizin (11/Suppl. 1) 1999, S45-S54.
- Seier, Andrea 2001**; Macht, in: Kleiner, Marcus S. (Hg.); Michel Foucault. Eine Ein-führung in sein Denken, Frankfurt/Main 2001, 90-107.
- Sèle, Bernard / Testart, Jacques 1999**; Eugenics comes back with medically assisted procreation, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); Genetics in Human Reproduction, Aldershot/England 1999, 169-174.
- Seller, Mary J. 1994**; Genetic Counselling, in: Gillon, Raanan (Hg.); Principles of Health Care Ethics, New York 1994, 961-970.
- Sermon, Karen 2002**; Current concepts in preimplantation genetic diagnosis (PGD): a molecular biologist's view, in; Human Reproduction (8.1) 2002, 11-20.
- Shahine, Lora K. / Cedars, Marcelle I. 2006**; Preimplantation genetic diagnosis does not increase pregnancy rates in patients at risk for aneuploidy, in: Fertility and Sterility (85.1) 2006, 51-56.
- Sherwin, Susan 1981**; The concept of a person in the context of abortion, in: Bioethics Quarterly (3.1) 1981, 21-34.

- Sherwin, Susan 1987**; Feminist ethics and in vitro fertilization, in: Hanen, Marsha / Nielsen, Kai (Hg.); *Science, Morality and Feminist Theory*, Calgary 1987, 265-284.
- Sherwin, Susan 1989**; Feminist and medical ethics: two different approaches to contextual ethics, in: *Hypathia* (4.2) 1989, 57-72.
- Sherwin, Susan 1991**; Abortion through a feminist ethics lens, in: *Dialogue: Canadian Philosophical Review* (30) 1991, 327-342.
- Sherwin, Susan 1992**; *No longer patient: feminist ethics and health care*, Philadelphia 1992.
- Sherwin, Susan 1993**; Feministische Ethik und In-vitro-Fertilisation, in: Nagl-Docekal, Hertha / Pauer-Studer, Herlinde (Hg.); *Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik*, Frankfurt/Main 1993, 219-239.
- Sherwin, Susan 1995**; The ethics of babymaking, in: *Hastings Center Report* (25.2) 1995, 34-37.
- Sherwin, Susan 1996a**; Feminism and bioethics, in: Wolf, Susan M. u. a. (Hg.); *Beyond Reproduction*, New York 1996, 47-66.
- Sherwin, Susan 1996b**; Theory versus Practice in Ethics: A Feminist Perspective on Justice in Health Care, in: Summer, L. Wayne / Boyle, Josephs (Hg.); *Philosophical Perspectives on Bioethics*, Buffalo/New York 1996, 187-209.
- Sherwin, Susan 1998a**; A relational approach to autonomy in health care, in: dies. u. a. (Hg.); *The Politics of Woman's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia 1998, 19-47.
- Sherwin, Susan 1998b**; Health Care, in: Jagger, Alison M. / Young, Iris M. (Hg.); *A Companion to feminist philosophy*, Oxford 1998, 420-428.
- Sherwin, Susan 1999**; Foundations, frameworks, lenses: the role of theories in bioethics, in: *Bioethics* (13) 1999, 198-205.
- Shy, M. E. / Rose, M. R. 2005**; Charcot-Marie-Tooth disease impairs quality of life: why? And how do we improve it?, in: *Neurology* (65.6) 790-791.
- Simon, Jürgen 1999**; Rechtliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik in Europa, in: *Ethik in der Medizin* (11/Suppl. 1) 1999, S62-S69.
- Simpson, Joe Leigh 2001**; Changing indications for preimplantation genetic diagnosis, in: *Molecular and Cellular Endocrinology* (183) 2001, S69-S75.
- Smith, G. W. 1991**; Social Liberty and free agency: some ambiguities in Mill's conception of freedom, in: Gray, John / Smith, G. W. (Hg.); *J. S. Mill's On Liberty in focus*, London 1991, 239-259.
- Snowdon, Claire / Green, Josephine M. 1997**; Preimplantation diagnosis and other reproductive options: attitudes of male and female carriers of recessive disorders, in: *Human Reproduction* (12.2) 1997, 341-350.
- Soussis, I. / Harper, J. C. / Handyside, A. H. / Winston, R. M. L. 1996**; Obstetric outcome of pregnancies resulting from embryos biopsied for pre-implantation diagnosis of inherited disease, in: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (103) 1996, 784-788.

- Spranger, Tade 2001**; Verfassungsrechtliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik, in: Sozialrecht + Praxis (11) 2001, 479-487.
- Steigleder, Klaus 1998**; The moral status of potential persons, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 239-246.
- Steinmann, Michael 2005**; Ein Prinzip für die Prinzipien. Kantische Einwände gegen den Ansatz von Beauchamp und Childress, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 120-144.
- Stöbel-Richter, Yve / Borkenhagen, Ada / Wisch, Sabine / Brähler, Elmar 2006**; Wissen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Aspekten der modernen Reproduktionsmedizin. Ergebnisse einer aktuellen Bevölkerungsbefragung, in: Stöbel-Richter, Yve / Ludwig, Arndt / Franke, Paul / Neises, Mechthild / Lehmann, Antje (Hg.); Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF, Gießen 2006, 163-171.
- Strauß, B. / Arigirou, C. / Buck, S. / Mettler, L. 1991**; Die In-vitro-Fertilisation im Rückblick: Subjektives Erleben und psychische Folgen im Urteil betroffener Paare, in: Brähler, Elmar / Meyer, Annelene (Hg.); Psychologische Probleme in der Reproduktionsmedizin, Berlin 1991, 89-109.
- Strom, Charles M. / Strom, Sam / Levine, Elliot / Ginsberg, Norman / Barton, John / Verlinsky, Yury 2000**; Obstetric outcomes in 102 pregnancies after preimplantation genetic diagnosis, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology (18.6) 2000, 1629-1632.
- Strong, Carson 2005**; Spezifizierte Prinzipienethik: Was ist sie und löst sie Fälle wirklich besser als die Kasuistik?, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 291-314.
- Sundberg, K. / Bang, J. / Smidt-Jensen, S. / Brocks, V. / Lundsteen, C. / Parner, J. / Keiding, N. / Philip, J. 1997**; Randomised study of risk of fetal loss related to early amniocentesis versus chorionic villus sampling, in: The Lancet (350) 1997, 697-703.
- Szyndler, J. E. / Towns, S. J. / van Asperen, P. P. / McKay, K. O. 2005**; Psychological and family functioning and quality of life in adolescents with cystic fibrosis, in: Journal of Cystic Fibrosis (2) 2005, 135-144.
- Tarin, J. J. / Conaghan, J. / Winston, R. M. L. / Handyside, A. H. 1992**; Human embryo biopsy on the 2nd day after insemination for preimplantation diagnosis: removal of a quarter of embryo retards cleavage, in: Fertility and Sterility (58.5) 1992, 970-976.
- ten Have, Henk 1994**; Principlism: A Western European Appraisal, in: DuBose, Edwin R. u. a. (Hg.); A Matter of Principles? – Ferment in U.S. Bioethics, Valley Forge/Pennsylvania 1994, 101-120.
- Thornhill, A. R. / deDie-Smulders, C. E. / Geraerds, J. P. / Harper, J. C. / Harton, G. L. / Lavery, S. A. / Moutou, C. / Robinson, M. D. / Schmutzler, A. G. / Scriven, P. N. / Sermon, K. D. / Wilton, L. 2005**; ESHRE PGD Consortium “Best practice guidelines for clinical preimplantation genetic diagnosis (PGD) and preimplantation genetic screening (PGS), in: Human Reproduction (20.1) 2005, 35-48.

- Tong, Rosemarie 1996**; Feminist Approaches to Bioethics, in: Wolf, Susan M. (Hg.); Feminism & Bioethics. Beyond Reproduction, New York 1996, 67-94.
- Tong, Rosemarie 1997**; Feminist Approaches to Bioethics, Oxford 1997.
- Tooley, Michael 1998**; Personhood, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); A Companion to Bioethics, Oxford/Massachusetts 1998, 117-126.
- Toulmin, Stephen 1981**; The Tyranny of Principles, Hastings Center Report (11) 1981, 31-39.
- Ulrich, Dagmar / Gagel, Detlev E. / Pastor, Vera-Simone / Kentenich, Heribert 2000**; Partnerschaft und Schwangerschaft nach durch IVF erfülltem Kinderwunsch: eine ganz normale Sache?, in: Brähler, Elmar / Felder, Hildegard / Strauß, Bernhard (Hg.); Fruchtbarkeitsstörungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie Bd. 17, Göttingen 2000, 146-164.
- van der Ven, Hans / Montag, Markus / van der Ven, Katrin 2002**; Durchführung der In-vitro-Fertilisation in Deutschland, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (96) 2002, 369-374.
- van Tongeren, Paul 1998**; To an ethics of desire, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot/England 1998, 81-83.
- Vandervorst, M. / Staessen, C. / Sermon, K. / De Vos, A. / Van de Velde, H. / Van Assche, E. / Bonduelle, M. / Vanderfaeille, A. / Lissens, W. / Tournaye, H. / Devroey, P. / Van Steirteghem, A. / Liebhers, I. 2000**; The Brussels' experience of more than 5 years of clinical preimplantation genetic diagnosis, in: Human Reproduction (6.4) 2000, 364-373.
- Vanfraussen, K. / Ponjaert-Kristoffersen, I. / Brewaeys, A. 2002**; What does it mean for youngsters to grow up in a lesbian family created by means of DI?, in: Journal of Reproductive and Infant Psychology (20) 2002, 237-254.
- Veiga, A. / Gil, Y. / Boada, M. / Carrera, M. / Vidal, F. / Boiso, I. / Ménéz, Y. / Barri, P. N. 1999**; Confirmation of Diagnosis in Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) Through Blastocyst Culture: Preliminary Experience, in: Prenatal Diagnosis (19) 1999, 1242-1247.
- Verlinsky, Y. / Cieslak, J. / Ivakhnenko, V. / Evsikov, S. / Wolf, G. / White, M. / Lifchez, A. / Kaplan, B. / Moise, J. / Valle, J. / Ginsberg, N. / Strom, C. / Kuliev, A. 1999**; Prevention of age-related aneuploidies by polar body testing of oocytes, in: Journal of Assisted Reproduction and Genetics (16) 1999, 165-169.
- Verlinsky, Y. / Cieslak, J. / Ivakhnenko, V. / Evsikov, S. / Wolf, G. / White, M. / Lifchez, A. / Kaplan, B. / Moise, J. / Valle, J. / Ginsberg, N. / Strom, C. / Kuliev, A. 2001**; Chromosomal abnormalities in the first and second polar body, in: Molecular and Cellular Endocrinology (183) 2001, S47-S49.
- Vieth, Andreas 2005**; Situation versus Fall. Zum Prinzipienbegriff in kasuistischen Ethiken, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); Prinzipienethik in der Biomedizin, Frankfurt/Main 2005, 163-189.
- Vinci, P. / Serrao, M. / Millul, A. / Deidda, A. / De Santis, F. / Capici, S. / Martini, D. / Pierelli, F. / Santilli, V. 2005**; Quality of life in patients with Charcot-Marie-Tooth disease, in: Neurology (65.6) 2005, 922-924.

- Viville, Stéphane / Pergament, Deborah 1998**; Results of a survey of the legal status and attitudes towards preimplantation genetic diagnosis conducted in 13 different countries, in: *Prenatal Diagnosis* (18) 1998, 1374-1380.
- Warren, Mary Anne 1998**; Abortion, in: Kuhse, Helga / Singer, Peter (Hg.); *A Companion to Bioethics*, Oxford/Massachusetts 1998, 127-134.
- Wennerholm, U. B. / Albertsson-Wikland, K. / Bergh, C. / Hamberger, L. / Niklasson, A. / Nilsson, L. / Thiringer, K. / Wennergren, M. / Wikland, M. / Borres, M. P. 1998**; Postnatal growth and health in children born after cryopreservation as embryos, in: *Lancet* (351) 1998, 1085-1090.
- Wiedemann, Hans-Rudolf / Kunze, Jürgen 1995**; *Atlas der klinischen Syndrome für Klinik und Praxis*, Stuttgart 4. Aufl. 1995.
- Wiesing, Urban 1998**; Success rates in IVF, in: Hildt, Elisabeth / Mieth, Dietmar (Hg.); *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Aldershot/England 1998, 163-169.
- Wiesing, Urban 1999a**; Der schnelle Wandel der Reproduktionsmedizin und seine ethischen Aspekte, in: *Ethik in der Medizin* (11/Suppl. 1) 1999, S99-S103.
- Wiesing, Urban 1999b**; Widersprüchliche Regelungen, in: *Deutsches Ärzteblatt* (96.49), B-2547-2549.
- Wiesing, Urban 2005**; Vom Nutzen und Nachteil der Prinzipienethik für die Medizin, in: Rauprich, Oliver / Steger, Florian (Hg.); *Prinzipienethik in der Biomedizin*, Frankfurt/Main 2005, 74-86.
- Wilson, R. D. 2000**; Amniocentesis and chorionic villus sampling, in: *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* (12.2) 2000, 81-86.
- Wilton, Leeanda 2002**; Preimplantation genetic diagnosis for aneuploidy screening in early human embryos: a review, in: *Prenatal Diagnosis* (22) 2002, 512-518.
- Wimmer, Reiner 1999**; Ethics of Research on Human Embryos, in: Hildt, Elisabeth / Graumann, Sigrid (Hg.); *Genetics in Human Reproduction*, Aldershot/England 1999, 141-145.
- Wolf, Susan M. / Kahn, Jeffrey P. / Wagner, John E. 2003**; Using Preimplantation Genetic Diagnosis to Create a Stem Cell Donor: Issues, Guidelines & Limits, in: *Journal of Law, Medicine & Ethics* (31) 2003, 327-339.
- Woopen, Christiane 1999**; Präimplantationsdiagnostik und selektiver Schwangerschaftsabbruch. Zur Analogie von Embryonenselektion in vitro und Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik im Rahmen der medizinischen Indikation des §218a Abs. 2 StGB aus ethischer Perspektive, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* (45) 1999, 233-244.
- Young, Iris M. 1996**; Fünf Formen der Unterdrückung, in: Nagl-Docekal, Hertha / Pauer-Studer, Herlinde (Hg.); *Politische Theorie. Differenz und Lebensqualität*, Frankfurt/Main 1996, 99-139.
- Ziegler Uta 2004**; *Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland. Ethische, rechtliche und praktische Probleme*, Frankfurt/Main 2004.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name Daniela Reitz
Geburtsdatum 9. September 1970 in Frankfurt am Main

BERUFSTÄTIGKEIT

seit Juli 2004 wissenschaftliche Angestellte am Medizinischen Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Januar 2003 – Juni 2004 Ärztin im Praktikum am Medizinischen Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

PROMOTION UND WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEIT

Januar 2000 – Dezember 2002 Niederschrift meiner Promotionsarbeit bei Prof. Dr. med. Gerd Richter, Zentrum für Innere Medizin, Leiter der Ethikkommission
Mitarbeit an der Studie „Präimplantationsdiagnostik (PID) zwischen Keimbahntransfer und selektivem Abort – Befragung von Hochrisikofamilien zu ihren Präferenzen bezüglich frühestmöglicher vorgeburtlicher Diagnostik“

VERÖFFENTLICHUNGEN

2005 *Kontextsensitiv, pragmatisch und konsensbildend? Eine anwendungsbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik*, in: Oliver Rauprich/Florian Steger (Hg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*, Frankfurt am Main, 416-438 .
2005 *Assessment of Rapid Fetal Fibronectin in Predicting Preterm Delivery*, in: *Obstetrics & Gynecology* 105, 280-284 (zusammen mit Ismail Tekesin/Susanne Marek/Lars Hellmeyer/Stephan Schmidt).
2003 *PID als vorgezogene Form der PND? – Eine vergleichende Analyse der ethischen Konfliktfelder*, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie* 207, S99 (zusammen mit Gerd Richter/Stephan Schmidt).

PREIS

2006 *Einschätzungen von Gynäkologen, Pädiatern und Hebammen zur ethischen Zulässigkeit von Schwangerschaftsabbruch und Präimplantationsdiagnostik in Abhängigkeit des Schweregrades genetisch bedingter Erkrankungen*; Poster auf dem „12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin“, 3. Preis (zusammen mit Tanja Krones, Gerd Richter, Susan El Ansari, Thomas Wißner, Stephan Schmidt).

ABSCHLÜSSE

November 1999	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Note: gut)
Juni 1998	Diplom am Fachbereich Evangelische Theologie der Philipps-Universität Marburg (Note: gut)
September 1995	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
März 1993	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

PRAKTISCHES JAHR

Juni 1999 – September 1999	Chirurgie, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Israel
Februar 1999 – Juni 1999	Innere Medizin, Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Oktober 1998 – Februar 1999	Gynäkologie und Geburtshilfe, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

STUDIUM

1989-1999	Studium der Humanmedizin an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main und an der Philipps-Universität Marburg
1991-1998	Studium der Evangelischen Theologie an der Philipps-Universität Marburg

SCHULBILDUNG

Mai 1989	Abitur (Note: 1,0)
1985 –1987	St. Paul's Episcopal School in Mobile/Alabama (USA)
1981-1989	Gymnasialer Zweig der Gesamtschule Freigericht
1976-1981	Grundschule in Frankfurt am Main und Mobile/Alabama (USA) Förderstufe in Frankfurt am Main

Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer waren die Damen und Herren Professoren und Dozenten in Marburg:

Amon, Arnold, Aumüller, Barth, Basler, Baum, Berger, Elsass, Emons, Fruhstorfer, Ganz, Geus, Goerke, Gotzen, Gressner, Griss, Habermehl, Happle, Havemann, Heubel, Hielscher, Hilgermann, Hoffmann, Huffmann, Jeremias, Kaffarnik, Katschinski, Keil, Kern, Kleinsasser, Klose, Kolb-Niemann, Kretschmer, Krieg, Kühnert, Kuni, Lang, Lange, Lauer, Lennartz, Lorenz, Lührmann, Maisch, Mennel, Meyer-Wittkopf, Müller, Netter, Neumann, Neurath, Oertel, Pohlen, Prinz, Reder, Remschmidt, Richter, Rosenow, Rothmund, Schachtschabel, Schäfer, Schmidt, Schüffel, Schulz, Schwerk, Seyberth, Stollberg, Thomas, Unsicker, Vohland, Voigt, von Wichert, Zelder, Zwioerek.

Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mir bei der Verwirklichung dieser Arbeit geholfen haben.

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Gerd Richter, Leiter der Ethikkommission, gilt mein herzlicher Dank für die engagierte fachliche und persönliche Betreuung. Er ermöglichte mir, mein Interesse an ethischen Fragestellungen wissenschaftlich zu vertiefen. Durch seine Unterstützung konnte ich die prinzipienethischen und feministisch-ethischen Theorien, die die Grundlage meiner Arbeit bilden, auf Kongressen und in Kolloquien diskutieren. Zudem danke ich ihm und Frau PD Dr. med. Tanja Krones für die inspirierenden Daten aus den klinischen Studien zur Präimplantationsdiagnostik.

Herrn Prof. Dr. med. Stephan Schmidt, Direktor der Klinik für Geburtshilfe und Perinatalmedizin der Philipps-Universität Marburg, der leitenden Oberärztin Frau PD Dr. med. Maritta Kühnert und meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreißsaalteam danke ich für die Unterstützung in der Zeit der Fertigstellung meiner Arbeit und insbesondere für die rücksichtsvolle Gestaltung der Dienstpläne.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Schwestern der Benediktinerinnen-Abtei zum Heiligen Kreuz in Herstelle und den Schwestern der Benediktinerinnen-Abtei Kloster Engelthal für die herzliche Aufnahme, die liebevolle Versorgung und die unermüdliche Begleitung in aufmunternden Worten und im Gebet.

Meinen Eltern danke ich für die großzügige finanzielle Unterstützung meiner Ausbildung und der Verwirklichung dieser Arbeit.

Schließlich danke ich von ganzem Herzen Michaela Geiger für die liebevolle und geduldige persönliche Unterstützung, das Korrekturlesen meiner Arbeit und die konstruktiven kritischen Anmerkungen.